JUL 3 1 1933

DUPLICATE
COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARY

Through the President's Office

p 87

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICOS DEL HOSPITAL GENERAL

CATALOGUED
MAR 27 1935
BOSTON
MAR 27 1935
MEDICAL LIBRARY

Director

Dr. Luis Méndez

(Director del Hospital General)

CUERPO DE REDACCION

DOCTORES:

Gregorio Salas.
Rodolfo Gayol.
Germán Troconis A.
Fernando Quiroz.
Aquilino Villanueva.
Gustavo Argil.
Reynaldo Escobar.
Eduardo Vignon.
Manuel Ortiz.
Amador G. Ugaled.
Salvador González H.
Emilio Longoria.
Juan N. Vasavilbaso.
Manuel J. Castillejos.
Darío Fernández.
Mariano Vázquez.
Arturo de los Ríos.
Juan Mora.
Abraham Ayala González.
Leonides Guadarrama.
Ignacio Chávez.
Salvador García Téllez.
Juan Luis Torroella.
Juan N. Andrade.
Pablo Mendizábal.
Manuel Perea.
Rosendo Amor E.
Alfonso Sousa y Abarca.
Ismael Cosío Villegas.
Alejandro Verges.
Cayetano Andrade.
Gonzalo Cosío.
Humberto Camacho.

Antonio Gómez.
Julián González Méndez.
Abelardo Monges López.
Genaro Marquez.
Vicente Pérez de la Vega.
Ignacio González Guzmán.
Ricardo Rojina.
Manuel Martínez Báez.
Enrique Villela.
Ernesto Ulrich.
Eliseo Ortiz.
Francisco Fonseca.
Javier Longoria.
Manuel Pesqueira.
Manuel Lezama.
Benito Flores.
Darío de Hoyos.
Joaquín Correa.
José García Noriega.
Pablo Barroeta.
Salvador Alvarado.
Angel Fuertes.
Armando Bustos.
Genaro Zenteno.
Luis G. Campos.
José María González Guzmán.
Roberto Alfaro.
Juan Díaz Pérez.
Joaquín Castillejos.
Carlos M. Torres.
Lázaro Pavía.
Arturo Lara Rivas.
Angel G. de Quevedo.

Alejandro Velasco Z.
Roberto Gamboa.
Mario Fuentes.
Alfonso Guadalajara.
Abel Ramiro Moreno.
Ignacio Vertti.
Julián Guinea.
Rubén Ricalde y G.
Fernando Medina.
Luciano Huerta.
Rodolfo Ayala.
Serafín Murillo.
Manuel Castañeda.
Alejandro Guevara.
Eduardo Rivas.
Manuel A. Manzanilla.
Mario Quiñones.
J. Trinidad Cano.
Carlos Coqui.
Manuel Vaquero.
Salvador Aceves.
Lino Vergara.
Magín Puig.
Luis Vaquero.
Alfonso Vergara.
Ricardo Kirchner.
César Graham.
Wistano García R.
José Luis Gómez Pimienta.
Clemente Carrillo y Cárdenas
José A. Guevara.
Enrique de Noriega.
Ramón Flores.

Junio de 1933

Año VII

No. 46

FARMAMEX

PRODUCTOS FARMACEUTICOS, S. A.

Luis Moya Núm. 24 — Apartado 1257

MEXICO, D. F.

SEDALMERCK

Analgésico
Antipirético
Antineurálgico

une a las propiedades simpático-tónicas de la **Efetonina** las cualidades inmejorables de la **Dionina** y de los antipiréticos más famosos **Fenacetina y Dimetilaminofenazona,** asociados al cardiotónico **Cafeina.**

E. MERCK, DARMSTADT

mayores informes darán gustosamente

MERCK-MEXICO, S. A.

México, D. F.

Apartado 2669

No. 3329 D. S. P.

PROLAN

Hormona estandardizada de lóbulo anterior de la hipófisis, para la activación de la función ovárica en los casos de amenorrea, oligomenorrea, infantilismo, esterilidad y dismenorrea.

Indicado además en los casos de caquexia hipofisaria y estados de inflamación de la pelvis menor.

ENVASE ORIGINAL:

Cajas de 5 ampollas secas de 100 u. r. y 5 ampollas de agua bidestilada esterilizada.

Rgdo. No. 7994 y 9193 D. S. P. México.

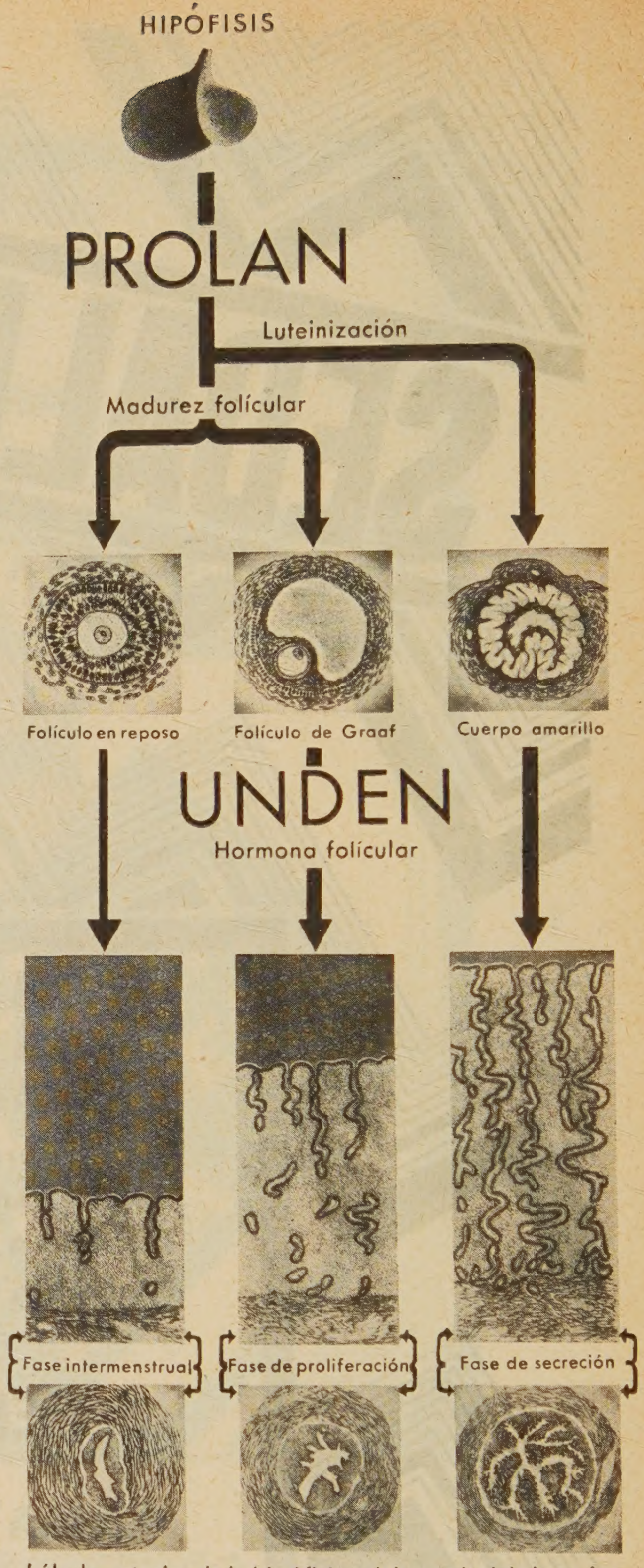
UNDEN

Hormona ovárica estandardizada para la terapéutica de sustitución en los casos de formación deficiente o nula de la hormona folicular. Molestias de la edad crítica, oligomenorrea y amenorrea.

ENVASE ORIGINAL:

Frascos de 15 grageas de 100 u. r.

Rgdo. No. 6234 D. S. P. México.



Lóbulo anterior de la hipófisis y ciclo genital de la mujer

BAYER

LA QUIMICA INDUSTRIAL **Bayer-Meister Lucius**

WESKOTT & CIA.

San Juan de Letrán 24 **Apdo. 45 bis.**

MEXICO, D. F.

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

Registrada como artículo de segunda clase, con fecha 23 de diciembre de 1930.

DIRECTORIO

DR. LUIS MENDEZ.

(Director del Hospital General.)

DIRECTOR.

M. LEON DIAZ.

Administrador.

APARTADO 85.

Eric. 9-13-99. Mex. L-02-92.

Hospital General.

MEXICO, D. F.

PRECIOS DE SUBSCRIPCIONES:

Para el interior de la República, Estados Unidos, Islas Felipinas, Cuba, Canadá, España y América en general:

Por un año..... $ 10.00

Para los demás países de la Unión Postal Universal:

Por un año..... $ 20.00
Números sueltos..... 1.00
Números atrasados..... 1.50

Nuestros precios para el extranjero son en dólares o su equivalente en Moneda Nacional.

Se acepta colaboración, pero en ningún caso se devolverán originales. Toda correspondencia relacionada con la Redacción de este periódico, debe dirigirse al Director.

Para cambio o suspensión de anuncio, o de subscripciones, debe darse aviso por escrito a la Administración.

Correspondencia sobre anuncios y subscripciones diríjase al Administrador.

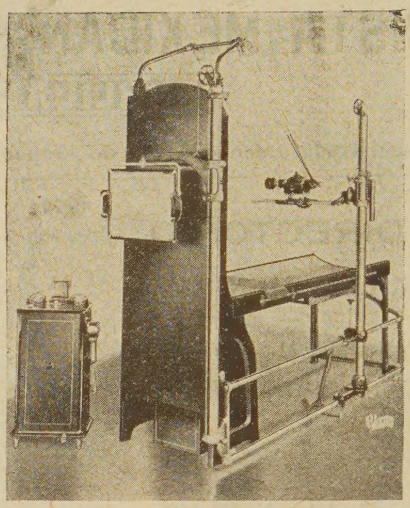
SUMARIO:

	Pág.
Datos Biográficos del Dr. Regino González.	1605
Historia de la Prostatectomía. Por el Dr. Aquilino Villanueva.	1605
Azoemia, Insuficiencia Renal y Uremia Clínica. Por el Dr. Gustavo Argil.	1609
Clínica de la Vejiga en la Tuberculosis Renal. Por el Dr. Manuel Pesqueira.	1611
Notas sobre la Historia y opiniones acerca de la Resección Prostática. Por el Dr. Angel Quevedo.	1625
El Riñón como Organo Metabólico. Por la Srita. Dra. Estefanía Aguilar M.	1631
Trastornos Cardio - Vasculares en los Prostáticos. Por el Dr. Manuel Lezama.	1635

EL DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

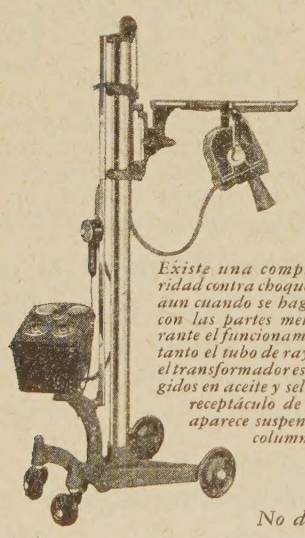
Para el Médico Particular y la Clínica Pequeña

ANTIGUAMENTE sólo los grandes hospitales y clínicas podían disponer de las facilidades de un servicio radiológico, debido a la inversión y a las complejidades de operación del equipo, pero hoy día los desarrollos efectuados en el diseño de aparatos de rayos X y en las técnicas simplificadas hacen que el diagnóstico radiológico esté convenientemente a mano del médico particular y de la clínica u hospital pequeño.



El Equipo "17-75" es ideal para el diagnóstico de rutina y para terapia superficial. Proporciona toda clase de facilidades para fluoroscopia vertical y radiografía horizontal, usando el Diafragma Potter-Bucky. Los refinamientos de regulación y las técnicas sistematizadas, según se muestran en el Manual de Técnica Operatoria, aseguran la obtención de radiografías claras y de gran contraste, y estos resultados se duplican con gran facilidad.

El nuevo Aparato "Victor" Shock-Proof Modelo "D" para rayos X, sumergido en aceite, es un equipo práctico y eficiente en el consultorio. Es completamente seguro (100% de seguridad eléctrica), ocupa muy poco espacio, no es costoso, y ofrece un campo de operación radiográfica y fluoroscópica que bien se adapta a la variedad de casos que se presentan diariamente. Además, ofrece un tratamiento práctico para afecciones de la piel etc.



Existe una completa seguridad contra choques eléctricos aun cuando se haga contacto con las partes metálicas durante el funcionamiento, pues tanto el tubo de rayos X como el transformador están sumergidos en aceite y sellados en el receptáculo de metal que aparece suspendido de la columna vertical.

Para el médico dedicado a una labor intensa o para el hospital o clínica pequeña que se interese en incorporar un servicio de radiodiagnóstico, recomendamos el Equipo "17-75." Este ofrece un amplio campo de operación, incluyendo radiografías del tracto gastro-intestinal con el Diafragma Victor Potter-Bucky como parte integrante de la mesa y se suministra completo con el generador, tubo de rayos X, y pantalla fluoroscópica, lo cual hace que el "17-75" sea una inversión económica.

La ayuda que presta un aparato de rayos X en el diagnóstico es incalculable, pues facilita el medio para descubrir estados patológicos incipientes y simplifica el manejo de muchos casos.

No deje de concurrir al Congreso Americano de Radiología en Chicago — Septiembre 25 al 30, 1933

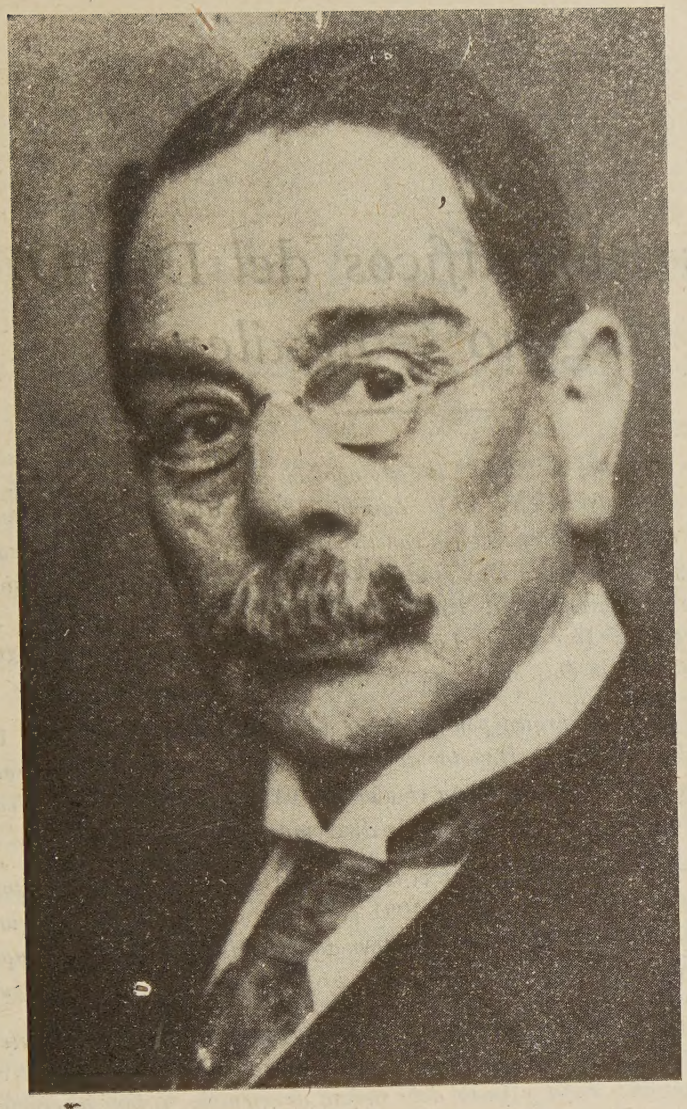
USE EL CUPON

Muy señores míos:
Sírvanse enviarme información detallada sobre:
☐ Equipo Movible Shock-Proof Modelo "D."
☐ Equipo Radiodiagnóstico "17-75."

GENERAL ELECTRIC
SOCIEDAD ANONIMA
Distribuidores Exclusivos para la República Mexicana
Gante y 16 de Septiembre—México, D. F.

GENERAL ELECTRIC
X-RAY CORPORATION
2012 Jackson Boulevard Chicago, Ill., E. U. de A.

ANTES VICTOR X-RAY CORPORATION



Sr. Dr. Regino González

La Revista Mexicana de Ciencias Médicas "Hospital General" dedica esta edición como homenaje a la memoria del Maestro Regino González, decano de los Urólogos mexicanos.

El material científico de este número se debe a la colaboración del Jefe del Servicio y demás médicos del Pabellón de Urología del Hospital General.

Datos Biográficos del Dr. D. Regino González

El Dr. Regino González decano de los urólogos en México, nació el 17 de septiembre de 1853 en Tepozoyuca Distrito de Zampoala Estado de Hidalgo. Vino a México el año de 68 a estudiar preparatoria concluyéndola en el año de 72, terminando su carrera de medicina en el año de 77 y graduándose el 1o. de marzo de 1878, siendo los sinodales que lo aprobaron el Dr. Ildefonso Velásco, Maximiliano Galán, José Baldera, Adrián Segura y José López Lobato; habiendo sido discípulo distinguido del Dr. Francisco Montes de Oca en el año de 1874,

Fué Jefe de Clínica quirúrgica por oposición desde el año de 1885 hasta 1905 en que a petición del Dr. Liceaga, Director de la Facultad, fué nombrado profesor de clínica externa de perfeccionamiento hasta el año de 1913 en que renunció al cargo junto con el de subdirector de la Facultad y la dirección del Hospital General. . . . .

Como reza en un artículo de esta revista, practicó la primera prostatectomía perineal en el año de 1896 y en el año de 1091 en el mes de mayo fueron enviados al Hospital de Necker, por conducto del Dr. Reynaldo Deffis, ocho próstatas operadas por él con fotografías de los pacientes y las historias clínicas correspondientes.

La labor del maestro Regino González fué muy fructífera y procuró enseñar siempre a todos aquellos que lo rodeaban y que solicitaban de él un consejo. Su vida como hombre perseverante, recto y justo debe servir de ejemplo a las generaciones actuales y a las futuras.

Hombre amable, sencillo y bueno que le gustaba hablar siempre con claridad y que procuraba ver las cosas colocándose siempre dentro de la realidad misma. Formó escuela y los frutos fueron muy brillantes, pues entre los urólogos que pueden considerarse como discípulos de él, figuran a la cabeza Carlos Franco, Leopoldo Castro, Ricardo Villafuerte y el muy ilustre desaparecido Dr. Germán Díaz Lombardo que dignamente han llevado el nombre de discípulos del maestro Regino González.

Y por eso fué querido "sólo se ama a aquel de quien se aprende" dice Goethe, y el enseñaba mucho, y enseñaba siempre.

México, mayo 19 de 1933.

A. V.

Historia de la Prostatectomia

Por el Dr. Aquilino Villanueva
Jefe del Servicio de Urología del Hospital General

CON motivo del fallecimiento del maestro Regino González, que acaeció el 26 de marzo p.p. y por otra la visita a México del distinguido urólogo Dr. Hugh H. Young, creo de oportunidad escribir este breve artículo de la historia de la protatectomía, ya que a estos dos ilustres médicos puede considerárseles como los partidarios más fervientes de la prostatectomía perineal. Ninguno de los dos han reclamado la prioridad de haber practicado la primera prostatectomía perineal en el mundo, pues como Young lo dice en su tratado de Urología y con más detalles en un artículo descrito sobre cirugía de próstata en el año de 1929, en el volumen 6o. de Researches in Urology The Brady Urological Institute expresa claramente que antes que él, Goodfellow Ferguson y Murphy habían descrito y practicado la prostatectomía perineal.

El Dr. Regino González tampoco pidió para él este título y modestamente envió a Guyón un artículo acompañado de ocho próstatas extirpadas por esa vía; estos documentos fueron remitidos a Europa con el Dr. Deffis en el año de 1901.

En el año de 1639 Covillard fué el que primeramente quitó el lóbulo medio de la próstata para remover un cálculo vesical. Guthrie, en el año de 1834, practicó y aconsejaba la extirpación de un lóbulo prostático por el perineo en los casos de cálculos vesicales y obstrucción prostáticas; con él, algunos cirujanos de su época aconsejaban practicar así las tallas perineales con extirpación de un lóbulo prostático con resultados muy satisfactorios. Más tarde, Sir William Ferguson, en el año de 1848, practicó la operación de cálculos, extirpando ambos lóbulos de la próstata por la vía perineal.

Hasta mediados del siglo pasado la prostatectomía perineal había sido ejecutada de una manera accidental. Tallas perineales practicadas con el objeto de extirpar cálculos vesicales y al encontrarse lóbulos prostáticos crecidos que impedían su acceso a la vejiga, los obligaba a enuclear la próstata. Pero en el año de 1867, Billroth verificó la primera prostatectomía perineal de una manera deliberada en un enfermo que sólo tenía adenoma de la próstata. El Dr. Young asegura que esa fué en su concepto la primera prostatectomía perineal. Contemporáneos de Billroth como operadores de próstata, pueden considerarse: Socin (1874); Byrant (1878); Landerer (1886); Demarquay (1873); Langenbeck (1876); Spanton (1882); Leisink (1883); Harrison (1881); Annadale (1888); Zuckerkandl (1889); Watson (1889) y Dittel (1890).

Sin embargo, la prostatectomía era incompleta y sólo se lograban extirpaciones parciales hasta que Goodfellow extrajo de una manera radical y completa los lóbulos prostáticos con técnica e instrumental modernos. Habiéndose discutido este trabajo en el año de 1896 en la sociedad médica de California. Pyle siguió la conducta de Goodfellow en el año de 1892 y en el año de 1900, Verhoogen describe un procedimiento igual, modificando solamente en lugar de una incisión longitudinar una transversal, teniendo en sus dos extremos otra longitudinal.

Posteriormente a Goodfellow, en Francia, Proust y Gosset describieron una técnica de la prostatectomía en el año de 1899 y 1900, especialmente arreglada para el cáncer de la

próstata; esta técnica permite una mejor claridad de los tiempos de la operación, utilizando una incisión amplia, transversal, de concavidad posterior, además describía le sección del rafé superficial ano-bulbar, la del músculo recto-uretral y el desprendimiento del espacio recto prostáticos, y así, de esta forma, llegar de una manera más técnica a la enucleación de la próstata.

A pesar de esto fué casi abandonada al surgir la técnica de prostatectomía hipogástrica dictada por Freyer, culpando principalmente a la prostatectomía perineal del sin número de enfermos incontinentes y retencionistas que quedaban después de la intervención, y cabe el mérito al Dr. Hugh H. Young, de haber resucitado este procedimiento a principios de este siglo con instrumental y técnicas nuevas, logrando presentar una estadística de 331 operados, de los cuales, sólo cuatro de ellos eran obligados a utilizan la sonda después de la intervención.

Respecto a la historia de la prostatectomía hipogástrica, cabe el mérito de haber practicado la primera prostatectomía a Mac-Gill en el año de 1888, pero es hasta 1895, en la ciudad de New York, que el cirujano Fuller verificó una serie de prostatectomías por vía hipogástrica y en el año de 1900, el Dr. Guiteras, médico cubano, perfeccionó el procedimiento, introduciendo un dedo en el recto durante la intervención, para facilitar mejor la enucleación de los lóbulos prostáticos. El Dr. Marión en la Enciclopedia de Urología refiere que en el año de 1900 que se verificaba un congreso médico en París, el Dr. Guiteras le informó al Dr. Freyer sobre la operación de Fuller con todos sus detalles; algunos meses más tarde apareció la técnica de Freyer para la prostatectomía, agregando a los detalles conocidos de la operación de Fuller, el tubo de canalización vesical que lleva el nombre del urólogo inglés.

Es pues a Fuller a quien se debe la invención de la prostatectomía hipogástrica.

Intencionalmente he dejado al último la participación de nuestro ilustre compatriota Dr. Regino González, porque su labor en este asunto fué tan meritoria que su nombre, el del cuerpo médico mexicano y el de su país se cubrieron de gloria.

Recuerdo que desde los primeros años de mi vida de estudiante escuché de algunos profesores míos la versión de que el maestro González había sido el cirujano que practicó esta operación por primera vez en el mundo. Posteriormente ,después de haber leído la historia de la prostatectomía perineal y consultado varias enciclopedias y autores, llegué a tener la convicción de que esta historia sobre la prioridad de México en esta operación no era cierta. Pero después de leer con detenimiento todos los detalles, la figura de Don Regino González se agigantó ante mis ojos porque la proeza por él realizada, sólo pudo hacerla un hombre extraordinario, muy superior a su tiempo, y a su época. El Dr. Regino González acompañado del hábil cirujano Don Ramón Macías, en una casa humilde de las calles de Leandro Valle, practicó la primera prostatectomía perineal en México, a un Sr. Orozco, de 30 años de edad, quien tenía adenoma prostático y cálculos vesicales. La dificultad que encontró el maestro González para la extracción de los cálculos vesicales por la vía perineal fué el crecimiento de la próstata y se vió obligado a hacer su enucleación completa. Como el resultado de esta operación fué muy satisfactorio, continuó esta técnica, que se denominaba prostatectomía perineo-transuretral, en la cual la próstata era abordada al nivel de una incisión en el límite de la úretra prostática y membranosa; el dedo introducido por la úretra desgarrando la mucosa uretral o uretrovesical, enucleaba las masas neoplásicas. Partidario de esta vía para las intervenciones de la úretra posterior y de la vejiga, llegó a tener dominio absoluto en esta región, por su práctica, tanto en el cadáver como en el vivo, por sus brillantes conocimientos anatómicos y por su destreza quirúrgica.

Si fué muy meritoria la hazaña de Billroth, Ferguson y Doodfellow al practicar estas operaciones en un medio prirúrgico muy superior al nuestro, más grande fué la de Dn. Regino González que, sin antecedentes de aquéllas operaciones, sin el arsenal apropiado, hubiese logrado el mismo éxito quirúrgico.

La impresión personal que yo tengo de la forma en que sucedieron los hechos, es que Don Regino González no conocía los trabajos de Billroth y Goodfellow, que prácticamente fueron los precursores y quienes lograron divulgar la prostatectomía perineal en Estados Unidos, pues las revistas americanas y sus libros, apenas hasta hace 15 ó 20 años comenzaron a leerse por nuestro cuerpo médico. Además, la técnica usada por él era distinta a la que ejecutaban los americanos y es más fácil suponer que su práctica extraordinaria en la vía perineal y esa maravillosa habilidad con que él trabajaba, lo alentó definitivamente a hacer las prostatectomías.

Respecto a los cirujanos franceses Proust y Gosset, está demostrado, comparando fechas, que Dn. Regino fué anterior a ellos, pues la técnica de éstos data del año de 1899 y 1900. El mismo Marión al referirse al método perineo-transuretral, dice: primero Regino González y después Delbet fueron los autores de esta técnica.

De cualquier manera, podemos estar seguros y orgullosos de que el maestro Regino González es una figura internacional, y su nombre ha quedado escrito entre los precursores y paladines más entusiastas de esta vía; y por eso en aquella fecha, cuando se trató de formar la sociedad internacional de urología, se pensó en Europa que uno de los fundadores que debía de formar parte de aquella sociedad, era nuestro grande y modesto cirujano. Su figura y su nombre, ya no se discuten sino que permanece anotado entre los nombres de Guyón, Albarrán, Billroth, Goodfellow y Young, como los genios creadores de la urología.

BIBLIOGRAFFIA

Traité de la maladies de la prostate.—Georges Lays.

Encyclopedie Francaise D'urologie.—TomoIV Capítulo de la hipertrofia prostática de Marión.

Tratado de Urología de Young.—Tomo I.

Memorias del IX Congreso de Urología francés, año 1905.

Enfermedades de la próstata.—Deaver.

Researches in Urology from Brady Urological Institute.—Vol. VI.

"COLENOL"

Unico tratamiento por irrigación de las

INFECCIONES INTESTINALES

Solicite literatura a los representantes

E. PANDO Y CIA. S. EN C.

República del Salvador No. 51

MAX ABBAT,

MUY ATENTAMENTE RECOMIENDA A LOS MIEMBROS DEL H. CUERPO MEDICO MEXICANO LOS SIGUIENTES PRODUCTOS

Panglandina Couturieux

Comprimidos

La fórmula pluriglandular más completa y mejor dosada.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

D. S. P. 4866

Lantol Couturieux

Ampolletas

En las infecciones graves el Lantol Couturieux hace bajar la temperatura. Provoca una hiperleucocitosis general intensa.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

No. 2245 D. S. P.

Bismuthoidol Robin amp.

Bismuto coloidal en solución acuosa, completamente indoloro, no se acumula en el organismo, no provoca choque hemoclásico.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

No. 10431. D. S. P.

Immunizols Gremy

Ampolletas

Inyectable y Caldo Vacuna.

Sedol Buisson

Ampolletas

Sedante del dolor... y ninguna de sus pobres imitaciones.

Este producto está sujeto para su venta a las disposiciones legales que rigen sobre productos enervantes y sôlo podrâ usarse por prescripciôn y bajo la vigilancie médica. No. 6497 D. S. P.

Hemotonine Buisson

Ampolletas

Complejo de hierro y estricnina en combinación con el arsénico y los fósforos orgánicos.

Iodone Robín

Gotas. No. 2828 D. S. P.

Amp. { 0.02: No. 4149 D. S. P.
0.04: No. 2897 D. S. P

combinación de albuminoidea de yodo, preparado con peptona de carne de origen tripsico.

Usese por prescripción médica.

Immuniderm Gremy

Pomada de antivirus y bacteriófago.

No. 6280 D. S. P.

Agente MAX ABBAT

Lucerna No. 47 MEXICO, D. F.

Azoemia, Insuficiencia Renal y Uremia Clínica

Por el Doctor GUSTAVO ARGIL
(Encargado del Laboratorio del Servicio de Urología del Hospital General).

LA frecuencia con que en muchas obras de Patología y Clínica renal se confunden estos términos, ha influído a no dudarlo de modo decisivo, en un sector considerable de la profesión médica que se informa leyendo dichos escritos, y de allí que en la práctica sean de uso común tales palabras expresándose indistintamente con ellas, diferentes conceptos y aspectos disímbolos de los enfermos de riñón.

No obstante, una comprensión moderna y a la vez correcta de los hechos exige la distinción precisa de los conceptos y su exacta aplicación en los casos que se presenten. De allí nuestro empeño en definirlos:

LA AZOEMIA. — Debe referirse única y exclusivamente a la investigación química de la sangre, la cual comprende los compuestos azoados accesivles a nuestras técnicas de Laboratorio, v. g.: el nitrógeno total no-protéico, la urea y sus fracciones: ácido úrico, urea, creatinina, ácidos aminados, etc., etc.

La hiperazoemia se confunde muy frecuentemente con la insuficiencia renal y con los cuadros clínicos de los enfermos de glormérulonefritis en su período de estado o en su fase terminal, y en los que se hace desempeñar un papel patogénico preponderante a la acumulación en el organismo de sustancias tóxicas por falta de eliminación renal.

Hoy sabemos que los diversos cuerpos nitrogenados de la sangre pueden encontrarse en diferente proporción, según los individuos, según el tipo de padecimiento renal y lo avanzado del proceso, dándoles valor diagnóstico o pronóstico, unas veces al ácido úrico, otras a la urea, otras a la cretinina, etc.

Pero también nos han enseñado multitud de estudios contemporáneos, que la variación de los diversos cuerpos nitrogenados de la sangre depende de diversos factores metabólicos, además de la falta de eliminación que acaece en la insuficiencia renal.

Por otra parte, no está demostrada la toxidez de todas estas substancias, y, por lo que se refiere a la urea, hasta se considera inocua, y no como la causa de la intoxicación en los nefríticos, sino como su testigo.

En resumen, la azoemia abarca un campo más amplio que el que corresponde a la sola insuficiencia renal.

INSUFICIENCIA RENAL. — La insuficiencia renal expresa la incapacidad del riñón para satisfacer las necesidades del organismo. (Koranyi.)

Su dignóstico se basa en los siguientes dátos: en la orina por la pérdida del poder de concentración, por la fijeza de la densidad; en una palabra, por la rigidez en el funcionamiento del riñón absolutamente opuesta a la flexibilidad del estado fisiológico.

Recordaremos a este respecto, queelriñón queda como el factor central entre dos medios: por un lado la sangre, por el otro la orina.

La sangre en el individuo normal debe ser, y prácticamente es, de composición constante.

Como garantía de ello, la orina del individuo normal es de composición sumamente

variable, según la hora del día y el régimen a que se sujeta el individuo.

En el insuficiente renal se invierten los términos y entonces la orina se vuelve de composición constante, según lo hemos dejado ya anotado, y la sangre se vuelve de composición variable al sufrir todos los cambios originados por el régimen del individuo.

Es posible entonces observar la variación incesante en la proporción de los compuestos nitrogenados sanguíneos: urea, ácido úrico, etc., utilizados como índice de la función renal.

Todas las pruebas clínicas de funcionamiento renal tienen por objeto sorprender o provocar esta falta de adaptación a la sobrecarga funcional: Prueba de dilución y concentración de la orina, de Volhard, Prueba de la concentración uréica de Mc.Lean, cuantificación de azoados en la sangre, prueba de la Sulfofenoltaleína, comidas de Prueba de Monsenthal, de Strauss, etc., etc.

Se desprende de esto, que el concepto de insuficiencia renal es enteramente funcional e incluye aquellos factores que están conectados con el riñón (sangre, linfa, orina), y así mismo pueden existir enfermos de insuficiencia renal con hiperazoemia y sin ella; del mismo modo que hay hiperazoemias con insuficiencia renal; pero su paralelismo no es forzoso.

LA UREMIA. — Se atribuye al autor inglés Wilson, la introducción del término uremia, en la clínica. Fué este autor quien en el año 1833 y al no encontrar lesiones apreciables en el cerebro de individuos muertos de enfermedad de Bright y sí en cambio, grandes cifras de urea en su sangre, pensó que esta sustancia había envenenado el cerebro.

Posteriormente, sin embargo, Frerichs pudo observar que la acumulación de urea en la sangre, no provocaba los temidos fenómenos cerebrales del tipo convulsivo o comatoso; y al pretender explicar la acción tóxica de la urea por su transformación en carbonato de amoníaco, abrió el camino de una serie no terminada de trabajos dirigidos todos a descubrir la causa de dichos fenómenos.

El potasio, para Feltz y Ritter, las sustancias extractivas de la orina para Bouchard, los fenoles para Becher y de igual manera, la creatinina, los ácidos aminados, el índican, el amoníaco etc. etc.

Al mismo tiempo la palabra uremia adquirió un valor clínico diferente de las investigaciones del laboratorio ya que con ella se designan las manifestaciones sintomáticas en los diferentes aparatos y sistemas de la economía y los cuales aunque atribuídos a las diversas sustancias no eliminadas por la orina, pocas veces se busca o se demuestra su acumulación en el organismo.

Se han descrito así varios tipos de uremia, la convulsiva, la comatosa, la asténica, la dispéptica, la cerebral, la disnéica, etc., etc.

Pero al controlarlas con los métodos de Laboratorio, vemos que existen uremias clínicas con hiperazoemia y sin ella.

La uremia, por consiguiente, es un concepto clínico.

Se han descrito también uremias clínicas sin insuficiencia renal, demostrable por las pruebas funcionales de riñón.

Muy posiblemente, en estos casos, debiera rectificarse el diagnóstico.

CLINICA DE LA VEJIGA EN LA TUBERCULOSIS RENAL

POR EL DR. MANUEL E. PESQUEIRA.
Interno del Servicio de Urología del Hospital Genera

Trabajo premiado en el último concurso de la Sociedad de Médicos del Hospital General

PARA la elección del trabajo que presento, me guía principalmente el deseo de divulgar conocimientos que pueden ser de gran utilidad, sobre todo para el médico general, si no para afirmar un diagnóstico, cuando menos para sospechar fundadamente en la existencia de un padecimiento que, atacado a tiempo, puede tener una curación radical y definitiva, pero que diagnosticado en un período más o menos avanzado de su evolución, deja a menudo al enfermo en condiciones de no poder beneficiar del tratamiento indicado, y sujeto al largo calvario de esta terrible enfermedad: **la tuberculosis.**

Afortunadámente, en la localización renal de este padecimiento, no sucede lo mismo que en la infección pulmonar en que el paciente unas veces ignora su enfermedad, y otras la descuida por desconocer su importancia. Aquí los síntomas iniciales son generalmente advertidos por el enfermo y casi siempre lo impresionan lo suficiente para hacerlo acudir a una consulta médica.

Esta primera consulta puede tener que hacerla un médico no especialista, y necesita desde un principio, saber dar a los síntomas su valor real, y no descuidar el aviso de una ligera molestia al orinar o de una pequeña frecuencia de micciones. El timbre de alarma de la tuberculosis renal es, en la gran mayoría de los casos, vesical, y es en la vejiga, órgano elocuente, donde hay que buscar sus primeras manifestaciones.

Se debe pues, interrogarla a tiempo, y no esperar, para dar un diagnóstico a encontrar un riñón grande y doloroso, una hematuria o un cólico.

Generalmente, antes de que estos síntomas aparezcan, los fenómenos vesicales están anunciando ya francamente, el padecimiento, ya, cuando menos, el camino que hay que seguir para el diagnóstico.

Este es el principal objeto de este trabajo: reunir en pocas palabras, los datos que la vejiga proporciona al médico y al urólogo, para establecer un diagnóstico de tuberculosis renal.

Los medios de exploración de la vejiga pueden dividirse en dos grandes grupos: los de la clínica inerme que están al alcance del médico general, y los medios propiamente urológicos que necesitan de un especialista.

A estos dos grupos hay que añadir la exploración radiológica, que, aunque del resorte también del especialista, puede ponerla en práctica cualquier médico que disponga de un aparato de Rayos X.

Los medios del primer grupo, aunque dando un contingente escaso, tienen la enorme importancia de ser los primeros en recogerse, ser el punto de partida en el camino del diagnóstico y ser, sobre todo, los que puede recoger el médico no urólogo.

De la importancia que éste dé a esos signos y síntomas, de su correcta recolección,

depende el éxito de las exploraciones subsecuentes. Es, pues, tan importante conocer estos signos de presunción que dan el interrogatorio y la exploración inerme, como los de certidumbre que dan la cistoscopia y la exploración radiológica.

En resumen, este estudio, en que voy a concretarme a los síntomas vesicales de la tuberculosis renal, con exclusión de todos los demás, aun cuando muy importantes, comprenderá los siguientes capítulos:

1.—Datos que pueden obtenerse por interrogatorio.

2.—Datos que pueden obtenerse por la exploración inerme.

3.—Datos obtenidos por medio de la exploración armada.

4.—Exploración radiológica de la vejiga en la tuberculosis renal.

DATOS QUE PUEDEN OBTENERSE POR INTERROGOTORIO

En la generalidad de los casos un interrogatorio metódico y completo, puede darnos una presunción muy firme sobre la existencia de una tuberculosis renal y ésta se manifiesta generalmente como ya es clásico decirlo, con un cuadro sindrómico vesical; es necesario insistir mucho sobre este punto: Las cistitis crónicas no existen; es absurdo ante esos cuadros vesicales que duran de tiempo atrás, insistir en los lavados y las instilaciones vesicales.

La mucosa vesical es extremadamente resistente a las infecciones en que el bacilo de Koch no entra en juego; vemos con que rapidez desaparecen bajo el tratamiento adecuado, el aparatoso cuadro de la cistitis blenorrágica, y cómo permanece indemne, en los casos de grandes pionefrosis, en que se descargan sobre ella cantidades considerables de pus. Las cistitis como cuadro independiente, repito, no existen; son siempre debidas a infecciones altas y entre éstas la primera en la que hay que pensar es en la infección bacilar.

POLIAQUIURIA. — El cuadro vesical de que hablo empieza, por lo general, con una ligera frecuencia de micciones (seis u ocho veces en el día), frecuencia que se acentúa principalmente en la noche, atrayendo más que otra cosa, la atención del enfermo.

Gutiérrez de New York, la encuentra en el 99% de los casos, en su estadística, y Wildbolz la encuentra como fenómeno inicial en 60% de los casos. En 25 casos estudiados por nosotros en el Pabellón de Urología del Hospital General, sólo ha dejado de presentarse como fenómeno inicial en dos ocasiones.

Esta polaquiuria tiene en la tuberculosis renal, el carácter de ser desigual, pues un mismo enfermo puede en ocasiones permanecer una o dos horas sin orinar y otras verse obligado a hacerlo cada diez minutos.

La frecuencia de micciones aunque sujeta en un principio a un reflejo vesico-renal, se encuentra claramente relacionada con el estado de la mucosa vesical y así la vemos acentuarse conforme las lesiones se agravan, llegar al grado de obligar al enfermo a orinar cada cinco o diez minutos, privándolo del reposo y del sueño, agravando así su estado general, y hasta formar una verdadera incontinencia.

INCONTINENCIA

La incontinencia no solamente se presenta como exageración de la poliaquiauria en los últimos períodos de la tuberculosis reno-vesical; suele también aparecer, principalmente en los niños, y de noche, como síntoma inicial, y aunque este fenómeno es raro, induce a pensar en la tuberculosis renal, cuando no se encuentra otra causa la incontinencia Constantinesto Vignard, etc.)

DOLOR

Acompañando a la poliaquiuria y a la incontinencia verdadera que aparece como agravación de aquella, existe siempre dolor. Como todos los signos vesicales, está más o menos en relación con el grado de las lesiones: Discreto en un principio, limitado a un ligero ardor al terminar la micción, va acentuándose poco a poco hasta llegar a ser intolerable. Los enfermos tienen una sensación brutal de quemadura dolorosa en toda la úretra, que se intensifica al finalizar la micción y que se localiza en el hipogastrio irradiando de allí a todo el perineo.

TENESMO

La micción va seguida de tenesmo, uno de los síntomas que más molestan al enfermo: los esfuerzos imperiosos para continuar orinando, cuando la vejiga está ya vacía, sólo logran emitir unas cuantas gotas de orina mezcladas con sangre.

HEMATURIA

Esta hematuria, cuando existe, es por lo general pequeña: las gotas emitidas con las últimas contracciones en el tenesmo, van tiñéndose cada vez más de sangre, hasta las dos o tres últimas en que ésta sale pura.

Esta hematuria que se produce a veces con vejiga sana, y proviene entonces de la última porción del ureter inflamado, traduce por lo general, la inflamación del cuello. Estos son, en pocas palabras, los fenómenos vesicales subjetivos, en la tuberculosis renal. Junto con ellos se encuentran casi siempre síntomas de mucho valor: poliaquiuria turbia de Guyón, piuria, color pálido de la orina, etc.; pero que por no ser de origen puramente vesical, me permito pasar por alto.

Todos estos síntomas van apareciendo uno tras otro, en los diferentes estados de la tuberculosis renal, y llegan por fin a reunirse en un solo cuadro, bien característico, del que hay que desconfiar, sobre todo si dura desde hace tiempo y si ha ido apareciendo insidiosamente, pues a pesar de que nada haya, hasta entonces, llamado la atención del lado del riñón, una tuberculosis de este órgano puede estar oculta tras de ese cuadro.

DATOS QUE PUEDEN OBTENERSE POR LA EXPLORACION INERME

Como es fácil suponer, estos datos son escasos. La tuberculosis vesical siendo generalmente, por decirlo así, atrófica, la exploración manual no nos lleva muy lejos, y de los síntomas recogidos, sólo algunos son exclusivos de la tuberculosis renal. En efecto, fuera de los raros casos de distensión vesical, la vejiga no es perceptible ni a la inspección, ni a la palpación, ni a la percusión del hipogastrio. Queda sólo, por lo tanto, la exploración del dolor en esta región y el tacto, rectal en el hombre y vaginal en la mujer.

Respecto al dolor en el hipogastrio, se busca haciendo presión por detrás del pubis, o mejor a unos dos dedos arriba y afuera del recto anterior del abdómen, al nivel de su inserción al púbis.

Generalmente, aun en casos no muy avanzados, el enfermo percibe un dolor más o menos intenso, acompañado de un deseo violento de orinar; pero como digo antes, estos síntomas no son de ningún modo característicos de la tuberculosis renal y pueden encontrarse en cualquier clase de padecimientos piélicos, ureterales o vesicales, de preferencia en los calculosos.

El tacto vaginal en la mujer es mucho más interesante. En efecto, es posible en la mayoría de los casos, percibir en los fondos de saco laterales, la última porción del ureter y la zona vesical que lo rodea. Puede notarse en este punto además del endurecimiento del ureter el de la zona vesical vecina y determinar por la presión, además del dolor más o menos intenso, un deseo violento de orinar, mucho más perceptible que el que se observa por la presión del hipogastrio. El tacto rectal, aunque con menos claridad nos proporciona los mismos datos, de valor bien definido, y Bazy, de quien el reflejo ureterovesical lleva el nombre, los considera casi exclusivos de la tuberculosis.

El tacto rectal en el hombre proporciona, además, datos sobre la próstata y las vesículas seminales, de los que, aunque muy interesantes en la tuberculosis urinaria, no me ocupo para no salirme de los límites fijados a este trabajo.

DATOS OBTENIDOS POR MEDIO DE LA EXPLORACION ARMADA

SONDEO VESICAL

Esta es una maniobra que tiene que hacerse con frecuencia en la tuberculosis renovesical, con el objeto de desinfectar la vejiga por medio de lavados e instalaciones, con con un fin terapéutico, con el objeto de recoger orinas vesicales para un examen bacteriológico, o como simple preparación para un examen endoscópico. Sin embargo, el sondeo vesical nos da además, dos

datos clínicos de gran valor para el diagnóstico: la retención de orina y la capacidad vesical.

RETENCION DE ORINA

Generalmente desconocida, la retención de orina es un fenómeno casi constante en la tuberculosis renal. Si el sondeo se practica después de haber hecho orinar al enfermo, se comprueba que han quedado en la vejiga unos 10 ó 20 cms. cbs. de orina.

La retención se explica ya sea por debilidad o más bien esclerosis de la capa muscular de la vejiga o porque el enfermo, temiendo los dolores del final de la micción, retiene inconscientemente su orina.

CAPACIDAD VESICAL

Mucho más importante, tanto para el diagnóstico anatómico, como para conocer previamente en qué condiciones van a hacerse los exámenes consecuentes, es el consentimiento de la capacidad vesical.

Completamente conservada en los principios del padecimiento, puede parecer disminuída por su extrema sensibilidad, que la hace contraerse a la menor excitación. Es por esto que nunca se recomienda demasiado usar de una extrema dulzura en todas las maniobras que se hacen sobre la vejiga.

La disminución de la capacidad, sin embargo, no nada más se debe a la sensibilidad y contractilidad de la vejiga; en los períodos un poco más avanzados, esta disminución es real, debida a la esclerosis o al espasmo permanente de la musculatura vesical y apreciable por cualquier medio de exploración.

Sus grados pueden variar desde la reducción casi imperceptible, hasta la abolición de la cavidad vesical, cosa afortunadamente excepcional, en que la orina escurre directamente de los ureteres a la uretra.

En tuberculosis renal, la reducción de la capacidad vesical es la regla. Suelen encontrarse, sin embargo, casos muy avanzados, en que la vejiga se encuentra fuertemente dilatada. Esto se debería, por una parte, a una disectasia del cuello que provoca retención de orina, y por otra, a la fácil distensión de la vejiga privada de su musculatura.

CISTOSCOPIA

Pocos padecimientos, seguramente, han recibido de los modernos métodos de exploración endoscópica, los beneficios de que ha disfrutado la tuberculosis renal. Reducido antiguamente a los simples medios de exploración manual, el diagnóstico de riñón tuberculoso, sólo se hacía generalmente ante un riñón grande y doloroso, la piuria abundante, las hematurias y la presencia en otros órganos, el pulmón principalmente, de la infección bacilar que ensombrecía el pronóstico. Esto hizo que se pensara que la tuberculosis renal era rara vez primitiva y casi siempre consecutiva a infección tuberculosa de otro órgano, por lo general el pulmón. La endoscopia vesical haciendo posible un diagnóstico más temprano, ha venido a demostrar que, por el contrario, la tuberculosis renal es la mayoría de las veces primitiva, lo que permite, una vez el diagnóstico hecho, si éste se ha establecido antes de que otro órgano haya sido afectado, de obtener una curación radical ,extirpando el riñón enfermo e impidiendo así las metastasis a otros órganos.

La cistoscopia, indispensable en todos los padecimientos del aparato urinario, tiene en la tuberculosis reno-vesical, un papel preponderante, por lo que debe hacerse todo lo necesario, para que este examen pueda efectuarse. Desgraciadamente, esta exploración, de la que derivan otras tan importantes como el cateterismo ureteral y la pielografía ascendente, no es siempre posible.

En efecto, como ya dijimos al hablar del sondeo vesical, las lesiones de la tuberculosis reno-vesical, modifican las condiciones necesarias para una buena cistoscopia: Capacidad suficiente y transparencia del medio. Sin embargo, basta un poco de costumbre para que los casos en que la cistoscopia resultara inútil, sean verdaderamente raros. A vencer estas dificultades nos ayudan, por una parte, el empleo, en vez del cistoscopio tipo Nitze, el uretro-cistoscopio de Mc.Carthy, que con su lente de visión cercana permite una mejor visualización en las vejigas muy retraídas; por otro, el uso de los cistoscopios lavadores, que permiten vaciar la vejiga cuando

su contenido es ya muy turbio y volver a llenarle con líquido transparente, sin necesidad de retirar el instrumento, y por último, el empleo de la anestesia, que anulando la sensibilidad vesical, tan pronunciada en las lesiones avanzadas, permite tener una capacidad suficiente para el examen.

VEJIGA SANA

La tuberculosis vesical es siempre consecutiva a una tuberculosis renal: éste es un hecho irrefutable. La infección ascendente es sólo posible para el segundo riñón.

Siendo pues, secundarias, las lesiones vesicales tienen que estar en relación con las lesiones renales, esto es, con la extensión y la localización de éstas. Quiere esto decir que con lesiones incipientes o cerradas del parenquima renal, podemos encontrar en la tuberculosis renal, vejigas sanas, indemnes de toda contaminación bacilar. En estos casos, la introducción del cistoscopio a la vejiga sólo provoca las molestias naturales, la capacidad vesical no habiendo sufrido alteración alguna y con un medio transparente o ligeramente turbio, el examen se hace en condiciones ideales. La mucosa conserva su coloración amarillo rosada, que permite ver bajo ella las arborizaciones vasculares; presenta sus flexuras normales y los orificios ureterales, en posición y con movimientos normales, son claramente visibles.

Hay que hacer notar que a pesar de este estado de la mucosa, los fenómenos subjetivos pueden presentarse, lo que indica que estos no tienen una relación absoluta, sino relativa, con las lesiones vesicales y pueden presentarse como fenómenos reflejos exclusivamente. En estos casos, desgraciadamente raros, ya que permiten una curación rápida y definitiva, sin secuelas vesicales molestas, sólo las exploraciones altas, separación de orinas y pielografía, pueden darnos el diagnóstico.

VEJIGA PALIDA

Hay otra clase de vejiga que podemos llamar también sana, ya que nes características de las cistitis, pero que puede inducirnos a pensar en la tuberculosis. Esta es la vejiga pálida. La mucosa es aquí francamente más amarillenta que la normal; los vasos del gados y de color también pálido, resaltan poco sobre el fondo. La capacidad, en estos casos, está también plenamente conservada.

Primeras lesiones.—En la gran mayoría de los casos, como ya he dicho, las lesiones vesicales son claramente perceptibles.

En un principio estas no tienen ningún carácter específico, se confunden con las lesiones banales de cualquier cistitis, y sólo el conjunto de datos obtenidos por los demás procedimientos de exploración, puede hacernos inclinar hacia un diagnóstico.

CONGESTION.—Debido probablemente, como piensa Blaustein, a la irritación que ejercen la orina fuertemente ácida y las toxinas tuberculosas sobre los nervios simpáticos de los capilares, provocando así una estasis capilar y una emigración de leucocitos, por disminución en la velocidad de la corriente y aumento del calibre, la primera manifestación vesical de la tuberculosis renal es la congestión de la mucosa.

Esta congestión que abarca la totalidad de la mucosa vesical, es principalmente notable en una zona bien limitada en que la irritación es mayor y que rodeando por arriba al orificio ureteral en una extensión de dos a tres milímetros, se extiende después en forma de abanico hacia abajo y adentro.

Este es, como se verá más tarde, el sitio de elección de las lesiones tuberculosas específicas.

El aspecto congestivo descrito, se diferencia fácilmente de las cistitis de origen uretral o prostático, en que la congestión, por lo general, es más intensa y se observa por igual en todo el trígono; pero puede presentarse en tros padecimientos renales o piélicos; nó es pues específico, pero sí es un signo de probabilidad.

RETRACCION DE ORIFICIO URETERAL

El oorificio ureteral, en este período, conserva todavía su forma normal, aunque puede ya observarse con un examen atento, un ligero cambio de posición hacia atrás y hacia afuera, (debido a la retracción del uretero y señalada por Young hace unos años) y

una movilidad disminuida, cosa de la que puede uno darse cuenta observando el lado opuesto.

EDEMA

En un estado un poco más avanzado, pero sin llegar a las lesiones verdaderamente específicas, encontramos frecuentemente como elemento de importancia, el llamado edema buloso o ampollar. Este, como las demás lesiones, se localiza al rededor del orificio ureteral y se extiende hacia arriba siguiendo el trayecto de la porción intramural del uréter, y un poco hacia abajo del orificio. Debido también ,según Blaustein a la extravasación del plasma, por la estasis capilar de origen simpático, el edema tiene un aspecto característico e inconfundible: está formado de una serie de pequeñas bulas refringentes, con forma de uva que se aprietan unas contra otras. Papin insiste en la no especificidad de esta lesión y en efecto es frecuente encontrarla en padecimientos del riñón, de la vejiga y de los órganos yuxtavesicales: En el cáncer vesical, prostático y uterino, en las espermatocistitis de cierta intensidad. Puede también ser traumático y presentarse en enfermos a quienes en sesión anterior se ha tratado, por ejemplo, de hacer un cateterismo ureteral. Sin embargo, creo que puede señalarse una ligera diferencia entre el edema debido a estas últimas causas y el que se encuentra en los principios de la evolución de la tuberculosis renal: En aquellos, las ampollas son de mayor tamaño, de coloración más roja, casi parece que se les ve sangrar; en esta, cuando la vejiga sólo presenta lesiones de congestión y edema, las ampollas son más pequeñas, de tamaño uniforme y color pálido.

De cualquier manera, a pesar de no ser el edema una lesión específica, su presencia hace pensar en la tuberculosis renal, máxime si se le encuentra en la primera cistoscopia y si se han eliminado previamente, padecimientos de la próstata, vesículas o matríz.

El orificio ureteral puede estar por completo oculto por esta formación ampollar; para su exacta localización y cateterismo puede hacerse necesaria la cromocistoscopía. En otras ocasiones a pesar del edema que lo rodea, el orificio es claramente visible: está abierto y rígido. En estos casos puede a veces percibirse, cuando se le toca con la sonda, una sensación de dureza casi cartilaginosa. Los movimientos de retracción del orificio ureteral, que corresponden a las contracciones peristálticas del uretero, han desaparecido, y la orina, cuando es turbia o cuando se ha inyectado índigocarmín se ve caer bavcando a la vejiga.

Ultimamente ha descrito Young un movimiento de ascenso y descenso del orificio del lado enfermo, que coincide con los movimientos del diafragma. Sin duda es debido a la esclerosis de la pared del uretero, que hace las veces de un tallo rígido apoyado, en un extremo al riñón y sujeto a los movimientos respiratorios y por otro extremo a la vejiga a donde trasmite esos movimientos.

VEJIGA TUBERCULOSA

Sin embargo, repito que las lesiones descritas, pueden encontrarse en otros padecimientos del riñón o de la vejiga; que ninguna, considerada aisladamente, puede hacernos asegurar la existencia de una tuberculosis renal. Pero hay otras cuya sola presencia sí pueden darnos esa seguridad. Son éstas las granulaciones y las ulceraciones tuberculosas.

Desgraciadamente esta lesiones, sobre todo las pirmeras, son difícilmente perceptibles debido a que cuando se presentan, las lesiones no específicas de que ya hablamos han adquirido gran desarrollo y pueden ocultarlas por completo.

GRANULACIONES

Las granulaciones se presentan bajo la forma de una pequeña saliente redondeada, de uno a dos milímetros de diámetro, de color blanco amarillento, sobre una base equimótica y están situadas alrededor del orificio ureterál. Es raro como digo antes encontrar estas granulaciones, pero cuando se encuentran tienen un valor decisivo.

ULCERACIONES

Las ulceraciones tuberculosas provienen de la fusión de una o varias granulaciones. Cuando resultan de una, son muy difícilmente visibles y consisten en una pequeña pérdida de sustancia de color rojo oscuro, rodeada de un borde de color amarillento que hace un ligera saliente. Cuando resultan de un conjunto de granulaciones, su

tamaño las hace más fácilmente visibles. Su aspecto es el mismo que el de las pequeñas ulceraciones, nada más que en estas el contorno es irregular. En cuanto a su situación, es naturalmente la misma que la de las granulaciones, es decir las inmediaciones del orificio ureteral, aunque es también posible encontrarlas en la pared posterior o superior, por efecto de su contaminación en el momento en que las paredes entran en contacto al vaciarse la vejiga.

No es necesario, sin embargo, encontrar estas lesiones para poder asegurar que se trata de una tuberculosis reno-nesical. Ya hemos dicho que son rara vez apreciables, pero en su defecto se encuentran otros datos que son de capital importancia.

Desde luego la capacidad vesical de que nos hemos dado cuenta previamente, está siempre disminuída y a consecuencia de ello la visión es defectuosa. Por otro lado se encuentran, principalmente en el fondo y en el cuello de la vejiga lesiones proliferantes de naturaleza indeterminada, que algunos autores describen bajo el nombre de cistitis pseudo-poliposa.

En este período, la retracción ureteral es ya muy notable, lo que hace que el orificio se encuentre en el fondo de un embudo, en que, aunque más o menos visible, la dificultad que hay para hacer llegar cerca de él, la lente y el foco del cistoscopio, hacen casi imposible su cateterismo.

En otras ocasiones en cambio, puede verse con facilidad y apreciarse su inmovilidad, su abertura permanente y sus bordes desgarrados; es el orificio que se ha descrito como crateriforme.

La apertura permanente, la retracción y los movimientos de ascenso y descenso del orificio, corresponden más bien a este estado.

Por último, en los períodos finales, de gran infección, todas las imágenes son confusas; sólo se percibe un enrojecimiento oscuro en toda la mucosa, interrumpido de vez en cuando por filamentos fibrinoides que dan el aspecto de telas de araña, y por manchas más oscuras que corresponden a veces a grandes ulceraciones de la mucosa, otras a orificios ureterales ulcerados y sangrantes.

CISTOSCOPIA EN LOS NIÑOS

En los niños la exploración endoscópica, y por tanto la posibilidad de hacer un diagnóstico más temprano, se ha hecho posible con la construcción de cistoscopios de calibre cada vez más delgado.

El que más hemos utilizado en los desgraciadamente raros casos que hemos tenido oportunidad de observar en el servicio de Urología, es el de McCarthy, tipo pan-endoscopio, que tiene un calibre tan fino, que el examen a cualquier edad es posible y que permite además, el cateterismo ureteral. La cistoscopía en estos casos debe hacerse naturalmente bajo anestesia general.

Me ha parecido en los casos observados que las lesiones vesicales no están en relación con los fenómenos subjetivos. Un niño de los estudiados en el servicio de Urología, tenía un cuadro vesical tan intenso, que se veía obligado a tener el urinal constantemente entre las piernas y tenía dolores insoportables a la micción. Sin embargo la cistoscopía fué relativamente sencilla y la principal lesión que revelaba era la retracción y permanente abertura del orificio ureteral. Abandonó el Hospital un mes después de nefrectomizado, habiendo tenido secuela post-operatoria por completo normal. Hoy, pasado un año, no se queja de ninguna molestia y sin embargo su cuadro clínico aparatoso, no hacía esperar tan brillante éxito.

CISTOSCOPIA EN LOS NEFRECTOMISADOS

Después de la nefrectomía puede uno verse obligado a hacer nuevos exámenes endoscópicos, ya para conocer la causa de la continuación del cuadro vesical (muñón ureteral, permanencia de ulceraciones), ya, cuando esta causa es conocida, con un fin terapéutico.

En el servicio de Urología del Hospital General, hemos practicado sistemáticamente estas observaciones cuando el enfermo se ha prestado a ello.

La mucosa puede aparecer por completo sana en los casos de tuberculosis renal con vejiga indemne y en aquellos que llaman de transición, en que se encuentran lesiones típicas de edema, graulaciones y ulceraciones, pero

todavía en forma discreta. Hay que hacer notar que a pesar de esta curación anatómica, los enfermos siguen quejándose durante algunos meses de molestias para orinar, pero que acaban siempre por desaparecer.

En los operados en el período llamado productivo o destructivo, en que se encuentran grandes lesiones ulcerosas y proliferantes, la cistoscopía nos las muestra poco modificadas. Hay que recurrir entonces para estas lesiones que ya evolucionan por sí solas, a la cauterización con alta frecuencia.

Papin señala, además como dato de importancia, las contracciones enérgicas del muñón ureteral, que algún tiempo después acaba por esclerosarse.

EXPLORACION RADIOLOGICA DE LA VEJIGA EN LA TUBERCULOSIS RENAL.

La exploración radiológica en la tuberculosis renal de reciente adquisición, tiene, en cualquiera de sus formas (Radiografía simple o con insuflación del colon, pielografía, etc.) una importancia que en ocasiones puede ser decisiva.

La cistografía, en este mismo padecimiento es todavía más reciente, y puede decirse que su aparición coincide con la de la pielografía intravenosa, con la que se obtuvieron, sin buscarlas, imágenes vesicales.

El estudio radiológico de la vejiga en la tuberculosis renal, es considerado por la mayoría de los autores como no siendo de ninguna utilidad. Blanc y Negro en su tratado sobre cistografía dicen: "No sólo el interés que puede presentar este examen es nulo, sino que la vejiga, ya irritada soporta mal la inyección de un líquido, cualquiera que sea." En cambio Blaustein en un artículo publicado en "The Journal of Urology" (Vol. XVII No. 5) y Villanueva en su artículo sobre cistografía ("Hospital General" Tomo XI No. 35) elogian el procedimiento.

Como puede verse por el estudio de las radiografías adjuntas, la imagen de la vejiga en la tuberculosis renal, aun cuando ésta no sea muy avanzada, tiene deformaciones características, que estudiaremos más tarde, y que bastan por sí solas para justificar el empleo de este procedimiento. Adquiere este, además, toda su importancia, en los casos en que por cualquier causa (falta de un especialista, condiciones vesicales inadecuadas, etc.) el examen cistoscópico es imposible.

Los cistogramas en la tuberculosis vesical, son de tres clases:

1o.—Radiografía simple de la vejiga.

2o.—Cistogramas obtenidos mediante la introducción directa a la vejiga de una sustancia opaca a los rayos X. Radiografías Números I y IV.

En este mismo capítulo podemos colocar los que se obtienen por reflujo a la vejiga de una sustancia opaca inyetcada a la pelvicilla. Radiografía No. II.

3o.—Cistogramas obtenidos mediante inyección intravenosa de sustancias yodadas del tipo Uroselectan. Radiografías Nos. III, V, VI, VII, VIII y IX.

1o.—Las cistografías del primer grupo, fuera de los raros casos en que permite apreciar el engrosamiento de la pared vesical, no tienen ninguna utilidad real.

2o.—Muy escasamente empleada hasta ahora, la cistografía por introducción directa a la vejiga de una sustancia opaca a los rayos X, puede tener un auge futuro si se siguen bien sus indicaciones y su modo de uso. Su objeto principal, hasta ahora, era buscar el reflujo ureteral, de gran importancia en el diagnóstico de localización. Esto, además de no ser su único objeto, no es específico de la tuberculosis renal. Su técnica bien sencilla consiste en introducir a la vejiga y dejar en ella hasta tomada la radiografía, la cantidad suficiente para producir deseo de orinar, de la sustancia escogida. Las generalmente empleadas son la Yodipina, Lipiodol, Yoduro o Bromuro de sodio y el Colargol. La más empleada por nosotros en el servicio de Urología del Hospital General, ha sido el Colargol al 5%, aunque últimamente y siguiendo la técnica de Blaustein hemos usado también el Yoduro de sodio en solución débil al 2.5%.

3o.—Por último las cistografías obtenidas con el Uroselectan o sustancias similares son de las más importantes: 1o., Porque se obtienen sin molestia extra para el enfermo, ya que no se hacen como maniobra aparte sino que resultan de otra que ya es casi obligatoria en

tuberculosis renal: La pielografía intravenosa. 2o., Porque se aprecia la vejiga a diversos grados de replesión y 3o., Porque su distensión se hace evitando hasta donde es posible la excitabilidad de la vejiga, llenada fisiológicamente. La técnica de la pielografía descendente no tiene que modificarse, para tomar esta cistografía ,sólo es de recomendarse que se usen películas de 14" x 17" para obtener en una sola placa una nefro-pielo-uretero-cistografía y no conformarse con obtener solamente imágenes pielo-renales.

El primer cliché, que tomamos siempre a los 5 minutos después de la inyección y que por lo general, da la sombra piélica mejor contrastada, nos muestra la vejiga a pequeña distensión, por lo que recomendamos, para obtener una imagen vesical bien clara, esperar a que el enfermo acuse necesidad imperiosa de orinar, para tomar la segunda impresión. Esto varía, naturalmente con cada enfermo, pues hay algunos de vejiga muy pequeña y eliminación rápida (Radiografía No. V) en que la primera radiografía nos muestra la vejiga completamente llena.

IMAGENES VESICALES

Las deformaciones que sufre la vejiga en la tuberculosis renal y que son apreciables a la cistografía, son de naturaleza tan típica, que Blaustein aconseja esta exploración, por ser la más inocua y la más elocuente, como la primera que deba hacerse, ante la sospecha de una tuberculosis renal.

Hay algo de exageración seguramente en esto, pues una cistoscopía cuidadosa, no es por ningún motivo peligrosa y en muchas ocasiones es decisiva. En realidad ninguno de estos métodos excluye al otro, ambos se complementan y ayudan.

Blaustein describe como vejiga típicamente tuberculosa, la que él llama vejiga inclinada ("Incline bladder") que si bien se presenta en muchos casos, no es constante. Hay otra deformación tan característica como aquélla, que se presenta en períodos más avanzados del mal y que puede llamarse la vejiga descentrada.

En resumen, las imágenes vesicales radiográficas en la tuberculosis renal pueden clasificarse en dos grupos:

1o.—Vejiga inclinada de Blaustein.

2o.—Vejiga descentrada con o sin reflujo ureteral.

Al primer grupo corresponden las tuberculosis renales incipientes, en que puede faltar toda traza de lesión cistoscópica, y a esta circunstancia debe su importancia. La vejiga se nos presenta con su volumen normal, pero ha perdido su forma ovoide. Sobre el borde del lado enfermo se bserva una depresión, debida al fuerte espasmo del músculo, subyacente a la mucosa inflamada que impide la distensión en este punto.

En cuanto a la situación de la vejiga con relación a la línea media varía según el grado de distensión de sus paredes: A pequeña distensión la vejiga se ve desviada hacia el lado enfermo, debido a la retracción ureteral; en cambio que a gran distensin, la desviación se hace hacia el lado sano debido a que el aumento de volumen se hace a expensas de la porción sana de la pared. En estas condiciones es cuando mejor se aprecia el aplastamiento de un lado lo que da a la vejiga el aspecto de estar caída, inclinada. Radiografías Nos. VI, VII y VIII.

Al segundo grupo pertenece la mayoría de los casos que hemos observado y que es dable observar en cualquier clínica.

La forma ovoide de la vejiga está más o menos conservada debido seguramente a que el espasmo y la fibrosis ya no se limitan a las inmediaciones del uretero, sino que abarcan la totalidad de la musculatura de la vejiga. Esto hace también que la capacidad de la vejiga disminuya en relación con lo avanzado del padecimiento.

Por último y este es el detalle más importante, pues existe en todos los casos (Radiografías Nos. I, II, III, IV, V y IX) la vejiga, debido a la tracción que sobre ella ejerce el uretero infiltrado y retraído, está **descentrada,** de tal manera que la línea media divide a la vejiga en dos partes desiguales de las cuales, la mayor está siempre colocada del lado enfermo.

Esta imagen vesical, debido también al estado de esclerosis y permanente abertura del ure-

Figura 1

Cistografía por introducción directa a la vejiga de solución de Colargol al 5%. Tuberculosis renal izquierda. La vejiga fuertemente desviada hacia este lado no está inclinada. Reflujo ureteral del ladò izquierdo.

Figura 2

Pielo-uretero-cistografía con solución de Yoduro de sodio al 20%. Tuberculosis renal derecha. El Yoduro de sodio ha refluído de la pelvicilla a la vejiga, llenándola. Pequeña vejiga retraída y desviada hacia el lado enfermo.

Figura 3

UROGRAFIA CON UROSELECTAN.

Tuberculosis renal derecha de forma hidronefrótica. Vejiga no inclinada, francamente desviada hacia el lado enfermo.

Figura 4

Cistografía por introducción directa a la vejiga de solución de Colargol al 2.5% Es la misma enferma de la radiografía No. 3, seis meses después de la nefrectomía. Persiste la desviación hacia el lado derecho.

Figura 5

Radiografía con Uroselectan. Tuberculosis renal izquierda. Pequeña vejiga desviada hacia el lado enfermo.

Figura 6

Radiografía con Uroselectan. Tuberculosis renal izquierda. Ptosis renal derecha. Vejiga inclinada. Aplastamiento del borde superior y lateral izquierdo. Desviación hacia el lado sano. Capacidad normal.

Figura 7

Radiografía con Uroselectan. Tuberculosis renal derecha. Vejiga inclinada. Aplastamiento del borde superior y externo del lado enfermo. Ligera desviación hacia el lado sano. Capacidad noraml.

Figura 8

Radiografía con Uroselectan. Tuberculosis renal derecha. Ligero aplastamiento del borde inferior y externo del lado enfermo.

Figura 9

Radiografía con Uroselectan. Tuberculosis renal izquierda. Ligera desviación de la vejiga hacia el lado enfermo.

tero, está frecuentemente asociada al reflujo ureteral (Radiografía No. I.)

En resumen: La vejiga en la tuberculosis renal puede presentar dos aspectos radiográficos distintos, ambos característicos:

1o.—Cuando la lesión es incipiente y la capacidad vesical está conservada, se obtiene la vejiga inclinada de Blaustein.

2o.—En lesiones más avanzadas con capacidad vesical reducida se obtiene la vejiga descentrada.

RESUMEN.

1o.—Las cistitis crónicas puras no existen. Un cuadro vesical crónico de causa indeterminada es probablemente causado por una tuberculosis renal.

2o.—La cistoscopía puede darnos antes que ningún otro procedimiento una seguridad en el diagnóstico. Debe hacerse en cualquier caso a la menor sospecha de que exista una tuberculosis renal.

3o.—La cistografía (hecha por cualquier procedimiento) proporciona datos importantísimos cuando no ha sido posible hacer una cistoscopía, y cuando esta se ha hecho la complementa. La vejiga inclinada y la vejiga descentrada son características de la tuberculosis renal.

4o.—El diagnóstico temprano de la tuberculosis renal, hace posible una curación radical de este procedimiento, en cambio que hecho tardíamente deja lesiones a veces rebeldes a todo tratamiento.

El Dr. Hugh. Hampton Young, eminente urólo americano en la visita practicada al Servicio de Urología donde practicó una prostatectonia perineal según su técnica, en compañía del Jefe del Servicio de Urología Dr. Aquilino Villanueva y sus colaboradores.

El Problema de la Tuberculosis Pulmonar

Los Laboratorios Ionine, S. A., tienen el honor de someter a la consideración del H. Cuerpo Médico de la República, el siguiente testimonio que comprueba una vez más, los felices resultados que se obtienen en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, con la medicación anti-bacilar

IONINE

Dr. José Gurdaño R.
Facultad de México.
Eric. 9-74-36 *Bergalia 5 y 9*
General Anaya, D. F.

Gral. Anaya, D. F. a 24 de marzo de 1933.

LABORATORIOS IONINE, S. A.,
10a calle de Puebla 193,
Presente.

Muy Sres. míos:-

Las ampolletas "Ionine" que según la fórmula del Dr. M. L. de Guevara, han lanzado Uds. al mercado, me han dado tan magníficos resultados clínicamente, que sin hipérbole puedo decir, que es para mí el remedio por excelencia como coadyuvante y en el tratamiento de fondo de las bacilosis pulmonares.

Ya tengo 3 años de venir empleandolas; y venga al caso, en un miembro de mi familia que clínicamente está curado.- Además no tengo inconveniente en presentar a Uds. historias clínicas de algunos enfermos e informar ampliamente a quien me lo solicite, acerca de los resultados obtenidos con el tratamiento a base de ampolletas "Ionine", siendo de notar con grande satisfacción, tanto para el médico como para el paciente, el rápido aumento de peso desde las primeras 8 o 10 ampolletas, aumento de apetito, disminución de sudores nocturnos, y en general una notable mejoría en todo el cuadro.

Y, yo una vez mas reconozco la eficacia de su preparación, no teniendo inconveniente, y vaya siquiera como demostración de mi gratitud, el facilitar a Uds. testimonio y pruebas de lo aseverado por

su afmo. atto. y S. S.

Dr. José Gurdaño

Notas sobre la Historia y Opiniones Acerca de la Resección Prostática

Por el Dr. Angel Quevedo
Interno del Servicio de Urología del Hospital Geueral

LA historia de la resección prostática es vieja, ya desde hace casi un siglo, en 1836, el cirujano inglés Jorge Jaime Guthrie, autor de los famosos "Comentarios sobre cirugía de guerra" presentaba a la sociedad real de cirugía de Londres, una comunicación en la que manifestaba haber observado la formación de "barra" vesical, aconsejando para su tratamiento la incisión de este tejido con una hoja de cuchillo que introducía a la uretra oculta en el interior de una sonda, de donde se la hacía salir en el momento del corte. Al describir él mismo su operación, decía textualmente: "Se hace salir el cuchillo exactamente en el momento en que la sonda pasa sobre la "barra" que se seccionará, y después de haber vencido este obstáculo, y llegado a la cavidad vesical, al sacar de nuevo la sonda, el filo del cuchillo, que se habrá dejado de fuera, volverá a pasar sobre la primera incisión, ampliándola."

Si se compara este aparato primitivo con el cuchillo eléctrico de Collings o con el reciente resectoscopio de Mac-Carthy, se hallará una gran diferencia, pero que estriba esencialmente en la adiciónde dos nuevos adyuvantes moedrnos a las ideas de la veterana escuela urológica del siglo XIX: la cistoscopía y la electro-coagulación. Pero no hay que adelantarse, el progreso en cualesquiera de las ramas de la ciencia médica es lento y ha requerido el paso y la cooperación sucesiva de varias generaciones, que considerando un mismo problema bajo diversos puntos de vista y teniendo las últimas en llegar, mejores y más atinados medios de observación, se encuentran en mejores condiciones para acertar.

Mercier, en 1841, construye un instrumento análogo a un litotriptor, que tenía por objeto sacar en pedazos pequeños, la parte del cuello vesical que suponía formaba obstrucción en esos casos a la salida de la orina, siendo pues este hombre, el primero que practicó una resección prostática trans-uretral. Evidentemente Mercier debió considerar que en el adenoma prostático, la parte peligrosa es la que forma obstrucción en el cuello vesical, no concediendo importancia al resto del adénoma, y trató de abrirse paso a través de él, para dejar libre curso a la orina.

La prostatectomía quirúrgica de ese tiempo era parcial y extirpaba por la vejiga sólo la parte de adenoma prostático que hacía saliente en su cavidad, dejando toda la parte de glándula incluída en el lóbulo prostático anatómico. Resultaba de ello que en muchas ocasiones, el enfermo, cuya uretra prostática permanecía rodeada por la masa adenomatosa, obstruída su luz e impermeable a la orina, quedaba a la postre si acaso llegaba a cicatrizar el orificio de cistostomía, con la misma retención de que se quejaba antes. Para obviar a este inconveniente, Fuller en EE. UU. y Freyer en Inglaterra, idearon hacer prostatectomías completas, con lo cual mejoraron notablemente sus resulados. Posteriormente apareció la técnica de la prostatectomía perineal, acto quirúrgico de gran precisión y cuyos resultados en manos de los especialistas de hoy, es tan halagador, que el prof. Young de Bal-

timore, ha podido tener una serie de 188 prostatectomías consecutivas sin haber tenido un sólo caso de muerte.

Sin embargo, hay casos en los que la edad del paciente, la naturaleza maligna del tumor, el desarrollo intra-cervical del lóbulo medio como causa única de retención, etc., pueden hacer innecesaria y peligrosa la prostatectomía pudiendo ser util entonces, el recurrir a un método paliativo para combatir desde luego el síntoma retención, o al menos evitarlo. En esos casos está indicada la resección parcial trans-uretral.

Esta intervención endoscópica debe llenar los siguientes requisitos:

1.—Debe extirpar todo el tejido que obstruye, pues si se deja parte de él, la intervención en vez de mejorar, empeorará el estado del enfermo.

2.—La extirpación debe hacerse bajo el dominio de la vista, dándose cuenta el operador de las relaciones de la parte que se va a extirpar con los tejidos que la rodean.

3.—El método debe permitir cohibir inmediatamente y de un modo seguro la hemorragia consecutiva.

Como ni el aparato de Guthrie, ni tampoco el de Mercier llenaban las condiciones requeridas, Bottinni en 1879, haciendo ya uso de la corriente eléctrica, construye un galvano-cauterio muy análogo a un litotriptor, en en cual, una de las extremidades calentada al rojo, destruye el adenoma y permite cohibir ligeramente la hemorragia. Bottini con su aparato, se preocupa sobre todo de abrirse un paso a través de la próstata adenomatosa, sin cuidarse de la expulsión de la parte destruída, ciertamente bien pequeña con su aparato. Se usó éste durante 20 años, pero la elevada mortalidad que proporcionaba, y la dificultad para cohibir la hemorragia hizo que no se generalizara su empleo, que quedó limitado casi solamente a la escuela urológica italiana.

En 1897, Freudenberg, y la escuela alemana, perfecciona el método de Bottini, añadiendo a su aparato un lente cistoscópico que le permite hacer visible la resección. Según confiesa Freudenberg, él tuvo la idea de esa innovación, al observar un aparato análogo inventado anteriormente por Wossidlo, pero en el cual la visión era muy imperfecta por tener el lente colocado más allá de las ramas terminales, con lo que ensanchó el campo cistoscópico, aunque no de un modo completo, pues de otro modo no puede explicarse que él mismo confiese "que es preferible trabajar al hacer la destrucción del adenoma, simplemente, por el tacto."

Chetwood en EE. UU. trató de modificar el método haciéndolo quirúrgico imitando a Belfield, que ya había tratado de hacer la resección de la próstata no por vía uretral, sino perineal. Keyes Jr., observó durante 10 años los resultados de éste método mixto, y llegó a la conclusión de que en todos los casos había habido reproducción del adenoma, con lo cual fué abandonado por inútil.

Mientras tanto Coldsmith, en 1907, trabajando en la uretra posterior, la hace accesible a la endoscopía, construyendo su uretroscopio de irrigación e inventaba también un aparato con el cual llevaba a la uretra posterior, una asa de alambre unida a una fuente de corriente galvánica, con lo cual perfilándose ya la idea del resectoscopio.

El Prof. Young de Baltimore, después de verificar numerosas prostatectomías, observa "que la cantidad de adenoma prostático extirpado en la prostatectomía supra-púbica, es a veces tan pequeño, que hay casos en los que parece ridículo hacer una intervención tan seria para obtener tan pequeños resultados." Guiado por esta idea, y buscando un método de simplificación para estos casos, construye un "punch" que presenta al congreso internacional de Urología en 1911.

En 1914, Luys fabrica un aparato que le permite hacer lo que el llama al "forage" de la próstata, utilizando su tubo de uretroscopio de visión directa, introduce por él un electrodo que lleva una corriene de alta frecuencia y baja tensión, con la que hace la destrucción de la barra prostática. Como se ve, este autor encuentra ya casi la resolución de las tres condiciones del problema; aun cuando el campo visual que permite su aparato es bastante reducido, la hemorragia puede ser ya cohibida, bajo el dominio de la vista.

Posteriormente en 1918, 1920, 1926 y 1930, aparecen el "excisor de barras" de Braasch, y

los instrumentos y "electrotomos" de Caulk y Bumpus hasta que es resuelto el problema de la obtención de una corriente que permita en el mismo aparato cohibir la hemorragia y verificar la resección, por la casa Wappler de New York, que presenta el "resectoscopio" del profesor Mac Carthy. Al mismo tiempo Kirwin y Foley presentan sus resectoscopios de rotación y Canny Ryall en Inglaterra un resectoscopio análogo al de Mac Carthy.

Como todo método nuevo, y como toda innovación en alguna rama de las ciencias médicas, la resección prostática ha suscitado por una parte un exceso de entusiasmo en sus partidarios que han pretendido emplearla en todos los casos, y la han hecho aparacer como una intervención tan sencilla que podría verificarse aún sin encamar al enfermo, además, se ha querido generalizar su empleo a todos los casos de hipertrofia prostática y hasta se ha hablado de que desde ahora, la prostatectomía llegará a caer en desuso para llegar a ser una operación histórica.

Recogiendo la opinión de los diversos urólogos, que han empleado hasta ahora el método, se han manifestado los siguientes datos:

Mathé hace 27 resecciones y en 6 casos se ve obligado a recurrir posteriormente a la prostatectomía, y se encuentra que el 10% de sus enfermos tienen como complicación postoperatoria, prostatitis o vesiculitis.

Alcock, reseca 50 prostatas con una mortalidad de 22%.

R. W. Day, autor de un "resectoscopio" y partidario de este método, reconoce, "que aún no pueden trazarse los límites e indicaciones de la resección prostática siendo el peligro más serio de ella la formación de abcesos múltiples de riñón y la hemorragia, aconsejándose en tal caso recurrir a la cistostomía suprapúbica, después de la cual puede ser conveniente enuclear la parte de próstata que ha quedado para cohibir la hemorragia."

Alcock de Iowa, reseca 300 próstatas con una mortalidad de 20% habiendo visto hemorragias muy serias después de la resección.

Mark de Kansas, cree que el método sólo está indicado en las pequeñas próstatas fibrosas, cuando hay lóbulo medio que forme "barra" o en la obstrucción por carcinoma, habiendo obtenido una mortalidad de 20.3%.

En Septiembre del año pasado 11 urólogos de Los Angeles, California, hacen un estudio del conjunto del método llegando a las conclusiones siguientes: en 110 casos de resección, la mortalidad fué de 8.2%. De estos 9 casos de muerte, 6 fueron causados por hemorragia inmediata y choque, 2 por pielo-nefritis aguda y 1 por descompensación cardiaca. En 5 casos fué necesario hacer una cistostomía de urgencia por hemorragia y colocar un balón de Pilcher, después de haber completado la extirpación de la próstata. En otros 5 casos fué necesario hacer una prostatectomía posterior para mejorar los síntomas de obsrucción que quedaron, no obstante la resección. Uno de ellos era de un enfermo a quien se habían hecho dos resecciones habiéndose obtenido como total de ambas 33 grs. de tejido adenomatoso, como sin embargo, seguían en retención completa, se hizo una prostatectomía y se obtuvieron 40 gr. más de tejido adenomatoso.

Granville Crabtree de Boston, reseca nueve próstatas y tiene una muerte por septicemia y abcesos renales múltiples.

Van Duzen, de Dallan, pierde un enfermo por infiltración de orina, debido a la lesión de la pared vesical al hacerse la resección.

Lower, de Cleveland, declara "que la cicatrización de la uretra prostática después de la resección dura de 6 a 8 semanas, durante las cuales el enfermo continúa con orina turbia, filamentos y moco."

El doctor Holmes, de Miami, Florida, dice lo siguiente: "daré un resumen de mi experiencia en la resección prostática usando el resectoscopio de Davis, en 22 resecciones. En un principio seguimos la técnica aconsejada por Davis, y esperábamos que nuestros enfermos serían dados de alta en 3 ó 4 días y creíamos, como se decía, que la resección era un método de cirugía menor. Desde luego hemos encontrado, que las secciones deben hacerse mucho más lentamente que como las aconseja Davis; los enfermos no pueden orinar con facilidad sino pasado 10 a 14 días de la resección y necesitan tener sonda a permanencia por 2 ó 3 semanas, por todo lo cual creemos que la resección, como la hacemos actualmente, no de-

be de ningún modo ser considerada como intervención de cirugía menor, sino mayor. Además de la sorpresa que tuvimos al ver que enfermos en quienes la resección había sido muy completa, queda pues en retención, la tuvimos también en un caso de un enfermo en quien después de un período post-operatorio muy accidentado por infección, 11 días después de la resección tuvo una seria hemorragia, que hizo necesaria un cistostomía supra-púbica y taponamiento, muriendo pocos días después a consecuencia del choque producido por todas estas maniobras.

Fuera de los EE. UU., el método ha sido empleado en otros países, en Francia, el Prof. Legueu lo practica solamente en los casos de "barra" prostática cuando no hay lesiones macroscópicas; pero siempre que adenoma sea claramente perceptible por el tacto y que este sea de cierto volumen, según él, debe enuclearse simpr por prostatectomía.

En Alemania, el profesor Eugenio Joseph de Berlín, empleó el método bajo la dirección del doctor Americano Stern, usando el resectoscopio de este autor, y tuvo un caso de muerte por infección, en el cual la necropsia mostró una perforación vesical hecha durante la resección. Cree que dicho método, si llega a perfeccionarse más, podrá tener sus indicaciones, pero que actualmente no puede aún entrar en la práctica aconsejable. Opina que a los prostáticos inoperables no quedan sino dos recursos, o la vida de sonda, previa vasectomía, o la cistostomía supra-púbica con fístula.

En México, el doctor Folsom dió una demostración cinematográfica de la resección en el Hospital General habiendo manifestado, respecto a la reproducción posible del adenoma que aún no puede dar un juicio definitivo por tener sólo de operado 3 años, el más antiguo de sus enfermos.

El doctor Villanueva opina que el método encuentra su indicación principalmente como tratamiento paliativo en los cánceres inoperables de la próstata pero que no debe emplearse cuando se trata de adenomas voluminosos, pues en ese caso, la glándula prostática después de la resección queda comprimida como anteriormente y no se eliminan los fenómenos producidos por esa compresión como cuand se hace la prostatectomía, por otra parte, en los casos en los que el diagnóstico es dudoso entre carcinoma y adenoma y que son bastante frecuentes, la resección en casos de cáncer, equivale a un biopsia que puede ejercer una acción excitante sobre la reproducción de las células neoplásicas. El doctor Folsom, opina, que la corriente empleada para la resección le ha parecido que ejerce una acción inhibidora sobre el desarrollo de las células neoplásicas. Esto sin embargo, no puede tomarse sino como un hecho de su observación personal, y queda por demostrar la hipótesis por él admitida; pero, no creemos que una simple raspa de la mucosa gástrica, con dicha corriente, en caso por ejemplo, de cárcer del píloro, pudiera modificar el neoplasma.

México Mayo de 1933.

LA
Antiphlogistine
usada en Dermatología actúa exclusivamente como un tópico estimulante. Ya bien sea en casos de Dermatitis exoliativa, Eczema impetiginoso o seco, Liquen o Psoriasis, los resultados son comunmente rápidos y satisfactorios. El escozor intolerable del Eczema desaparece, dando al paciente descanso.
Al efecto de la medicación interna, se agrega la acción detersiva de la Antiphlogistine, aplicada conjuntamente o antes de comenzar el tratamiento específico.
Denver Chemical Mfg. Co.,
Nueva York, E. U. A.
Representados en México por
Sanborn Hnos., S. A.
Avenida Madero 4
MEXICO, D. F.

VACUNAS CLIN

ANTIGONOCOCICA *I Monomicrobiana*

ANTIGONOCOCICA *II Polimicrobiana*

Registro No. 1972 y 1973 D. S. P. México.

ANTIESTAFILOCOCICA

Registro No. 1970 D. S. P. México.

ANTIESTREPTOCOCICA

Registro No. 1971 D. S. P. México.

COLI - ENTERO - VACUNA

I BUCAL
Cajas de 6 Ampollas de 5 cc. de gran concentración uniforme.

II INYECTABLE
Cajas de 10 Ampollas de 1 cc. de concentración creciente.

Registro No. 3577 y 3655 D. S. P. México.

NEUMO - BRONCO VACUNA

Registro No. 3.744. D. S. P. México

1. - ADULTOS **2. - INFANTIL**

VACUNA PRE - OPERATORIA

Concentración elevada en microbios.
Tolerancia perfecta -
- Conservación ilimitada
Inyecciones subcutáneas o intramusculares.

LAS VACUNAS CLIN inyectables expéndense en cajas de 10 Ampollas de 1 cc. de concentración creciente.

SUEROS CLIN

DESALBUMINADOS Y PURIFICADOS

ANTICOLIBACILAR. ***ANTIESTREPTOCOCICO.***

Preparado según el método del profesor H, VINCENT (París)
Cajas de 1 ampolleta de 10 c. c. ó 5 c. c.
Reg. No. 1857 D. S. P. México.

ANTIGANGRENOSO MULTIVALENTE

Preparado según el método de H. VINCENT y G. STODEL
Cajas de 1 ampolla de 10 c. c.
Reg. No. 1859 D. S. P. México.

LABORATORIOS CLIN · COMAR & CIA.

20 Rue des: Fossés Saint-Jacques, París.

Agencia General:

Balderas 132. Apartado 1977. MEXICO, D. F.

PRODUCTOS OPOTERAPICOS "CHAIX"

Extractos.—INYECTABLES, COMPRIMIDOS, GLICERINADOS Y JARABES

TODOS LOS ORGANOS
Ext. Bazo y Médula
" Cerebral.
" Ganglios Linfáticos.
" Hepático.
" Intestinal.
" Medular.
" Miocárdico.
" Muscular.
" Pancreático.
" Pulmonar.
" Retiniano.

TODAS LAS GLANDULAS
Ext. Explénico.
" Hipofisario.
" Mamario.
" Renal.
" Orquítico.
" Ovárico.
" Placentario.
" Prostático.
" Para-Tiroide.
" Surrenal
" Tiróide.
" Entero-secretina.
" Entero-Kinasa.

PIDA NUESTRO FOLLETO ESPECIAL COMPLETO

Establecimientos Lauzier, S. A.

Representantes. Apartado 399 México, D. F.

SEÑOR DOCTOR:

¿Ya experimentó Ud. este nuevo producto de patente? Si no, hágalo ahora mismo, solicitando una muestra a **"Beick Félix" y Cía.**
Apdo. 313. Av. Madero 39. México, D. F.

"PALMATONE"

SIMPLE Y CREOSOTADO

EN SU DROGUERIA FAVORITA PIDA UN FRASCO DE PALMATONE. - PRECIO: $ 2.00

PALMATONE Simple:

Magnífico medicamento adyuvante, por sus propiedades como tónico y estimulante de la nutrición, en los casos de enfermedades nerviosas, anemia, pérdida de peso y falta de apetito.

Reg 7585 D. S. P

PALMATONE Creosotado:

Verdadero reconstituyente y tónico. Facilita eficazmente la expectoración en casos de bronquitis y demás afecciones pulmonares.

Reg. 6353 D. S. P.

Sus pacientes pueden adquirirlo en toda droguería o botica por $2.00 frasco

El Riñón Como Organo Metabólico

Por la Srita. Dra. Estefanía Aguilar M.
Ayudante del Laboratorio del Servicio de Urología del Hospital General

EL riñón es principalmente un órgano excretor encargado de eliminar del organismo toda clase de productos de desecho tomados de la sangre. Sin embargo, hay que considerarlo también, como un órgano en cuyo seno se efectúa la transformación de muchas otras substancias.

Con ayuda de los métodos de Warburg, se comprueba que los tejidos desdoblan amoníaco de los productos de desintegración de las albúminas, los aminoácidos (oxidación) desanimando estos productos y formando urea. Estos fenómenos los lleva a cabo el hígado, pero el riñón también posée esta función. Desde hace tiempo se sabía que el riñón forma amoníaco. Actualmente la formacin amonio-renal constituye una de las más importante funciones metabólicas del riñón. Esta funció difiere profudamete de los procesos generales de la producción de amoníaco; el riñón no lo forma partiendo de la urea que le llega en grandes cantidades con la sangre, Krebs ha podido excluir esta vía de producción y asegura que los aminoácidos son la fuente de donde procede el amoníaco elaborado por el riñón.

La formación de amoníaco constituye un mecanismo utilizado para resistir la intoxicación por los ácidos llegados del exterior o producidos en el curso de la desamimación. Es la elevación de la concentración en iones H del plasma, la condición esencial para la formación de amoníaco a nivel del riñón. El aumento de la acidez iónica constituye un verdadero excitante específico de esta función metabólica renal. Cuanta mayor es la cantidad de ácidos, tanta mayor es la cantidad de amoníaco fijada por ellos, la cual queda de este modo substraída al proceso de formación de urea. Todos los ácidos sobrantes que circulan en la sangre en forma de sales de sodio, aparecen transformados en sales amoniacales en la orina. En el riñón se efectúa por consiguiente, un cambio de sodio por amoníaco. La amonio formación renal constituye una protección de la célula renal que interviene en la defensa contra la acidosis.

En los casos en que esta función interna está gravemente atacada al mismo tiempo que la función excretora, como se observa en algunas enfermedades renales, la eliminación de amoníaco está considerablemente reducida, es decir el tejido renal ha perdido la facultad de atacar por oxidación a los aminoácidos; los ácidos salen del organismo en forma de sales de sodio y entonces se produce una disminución de la reserva alcalina, es decir la acidosis.

Esta defensa de la célula renal, es sin duda de una gran importancia en ciertas especies animales. Eppinger y Tedesco, insisten a este respecto, sobre la diferencia de resistencia a la intoxicación ácida entre los hervíboros, en los que el aporte alimentitcio es rico en bases fijas y los carnívoros que neutralizan una parte de sus ácidos urinarios gracias al amoniaco.

Otra función renal independiente del papel excretor de esta glándula, es la función de síntesis. Las leyes físico-químicas que rigen la síntesis hipúrica son diferentes de las que regulan la eliminación de la urea y otros componentes urinários no modificados por el riñón. El riñón puede efectuar la síntesis hipúrica

y en ciertas especies de animales, es capaz por sí sólo, de llevar a cabo dicha síntesis.

La destrucción de cuerpos cetónicos no es exclusiva al hígado. Por los trabajos de Snapper y sus colaboradores se sabe que la acción del riñón sobre los ácidos grasos es extremadamente compleja, puesto que esta glándula se puede efectuar la B-oxidación de los ácidos grasos y la destrucción de los cuerpos cetónicos que constituyen los residuos de la B-oxidación. En cambio, el riñón es incapaz de realizar la oxidación del ácido B-oxibutírico y la reducción del ácido diacético. Con estos conocimientos se puede comprender en parte, el mecanismo de la acidosis en los diabéticos nefríticos.

No hay que dejar de mencionar, las funciones oxireductoras y de hidrólisis del riñón. Respecto a esta última, la destrucción de hidratos de carbono por la glándula renal es probablemente el testimonio de otras funciones importantes como la destrucción de grasas y fósforos orgánicos.

Resumiendo, se puede decir que el riñón como órgano metabólico, no solamente facilita la excresión de productos de desecho, sino que juega un importante papel en relación con el funcionalismo de toda la economía, tanto en la conservación del equilibrio ácido-básico como en el mantenimiento de la concentración iónica del plasma.

Es por lo tanto necesario tener el más amplio conocimiento de todas las funciones renales, es decir de las excretoras y de las funciones que propiamente tienen lugar a nivel de la célula renal. De este modo os posible dilucidar cierto número de problemas clínicos desde el punto de vista etiológico (nefritis), fisiopatológico (nefritis, acidosis, coma diabético, hipertensión arterial de origen renal), diagnóstico (diferentes acidosis, amoniuria) y terapéutico (opoterapia renal, regímenes grasos en los diabéticos, cura alcalina en los nefríticos).

''PULMOSEPTINA''

Intensa Medicación Antibacilar para la Tuberculosis.

Fórmula del Dr. Salvador U. Altamirano de la Facultad de México

Certificados médicos de distinguidos bacteriólogos de la capital

No. de Registro 2429 Patente No. 1871

Depósito: 5 de Mayo 15

BAZO "RICHTER"

Eccema, urticaria, dermatosis

Ampolletas de Bazo desalbuminizadas de 1 y 3 cc.

Tuberculosis en Todos sus Estados

Sin contraindicación alguna.

Amps. de Bazo Concentrado

12 gramos del extracto fresco en ampolletas de 1 c.c.

Bazo Tabletas

Rep. Dr. F. Somlo. Amberes 74. México, D. F.

SINECHLOR

Reg. No. 11498 D. S. P.

Sal de Comer Dietética

Libre de Cloruro

Substituto de la sal de cocina en los siguientes casos, donde el uso de la última está prohibido

Inchazón, insuficiencia cardiaca en todas formas, trastornos circulatorios, angina de pecho, hipertonia escencial, Lupus vulgar, Pruritus en general, recaimiento de urticaria por causa desconocida.

De venta en frascos de 100 gramos.

NEURAMAG

Reg. Núm. 5424, D. S. P.

Util como analgésico,
antirreumático,
antitérmico
y sedante de la tos,
en los dolores de cabeza,
jaqueca,
dolores traumáticos
neuralgías,
dolores menstruales y reumáticos.

FORMULA

Acido acetil salecílico	0.26 Gr.
Fenacetina	0.20 „
Cafeina pura	0.025 „
Fosfato de codeína	0.01 „
Acetil salicilato de Quinina	0.004 „
Almidón de trigo	0.070 „

Auxiliar en el tratamiento de la gripa y afecciones febriles.

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION Y BAJO VIGILANCIA MEDICA.

Fabricado por ALBERT MENDEL, S. A., Berlin, Alemania

Importado por:

Universal Trading Co., S. A.

Ave. Uruguay 130. Edificio Yucatán, despacho 24. MEXICO, D. F.

Trastornos Cardio-Vasculares en los Prostáticos

Por el Sr. Manuel Lezama

Interno del Servicio de Urología del Hospital General

SIENDO los trastornos cardio vasculares, frecuentes en los individuos que pasan de los 60 años, en los que además de las taras que han dejado en el minocardio y vasos las infecciones intoxicaciones por venenos endógeños y exógenos (opio, cocaína, alcohol, tabaco) produciendo lesiones de esclerosis miorcárdica y vascular, y cicatriciales, sufridas en el curso de los años. Además hay que considerar la edad misma, aunque las lesiones especiales debidas a ella son variables. La esclerosis miocádica homogénea, en la que el tejido de esclerosis está uniformemente repartido, dispuesto en una fina red. Además de esto existen modificaciones patológicas de menor importancia, tales como la sobre carga grasosa y la dilatación hipertrófica más o menos acentuada. Todo esto repercute sobre la resistencia del miocardio debilitándola, contribuyendo a disminuir más esta resistencia las lesiones bronco pulmonares, que constituyen un obstáculo en la pequeña circulación y que el corazón tiene que vencer.

Los prostáticos son individuos que han pasado de los 60 años, retencionistas la mayoría de las veces y que llegan al médico con la vejiga infectada; infección que data de largo tiempo, durante el cual el organismo se ha ido intoxicando con la absorción de productos microbianos elaborados en la vejiga, que al pasar al torrente circulatorio y ser eliminados lesionan el miocardio y el riñón.

Los prostáticos, que llegan al Pabellón 5 del Hospital General pueden agruparse en varios grupos teniendo en cuenta los trastornos cardio vasculares que presentan. Un grupo constituido por los enfermos que llegan en estado de retención agudo, o de retención incompleta, con vejiga distendida, infectada o no y con abundante residuo vesical. Al explorarlos, lo que al aparato circulatorio se refiere, se encuentra la tensión arterial elevada, principalmente la máxima que en algunos casos ha llegado a 260 mm.; la mínima se encuentra también elevada, pero nunca tanto como la máxima. Este aumento es debido al bloqueo renal por la vejiga distendida, que no puede vaciarse, dificultando el escurrimiento de la orina y aumentando la tensión de ella dentro del uretero, pelvicilla y canales renales.

En estos enfermos es suficiente vaciar la vejiga para ver descender rápidamente la tensión sistólica y también la distólica pero más lentamente.

La vejiga puede vaciarse haciendo la cistostomía (que es el método de elección) o poniendo una sonda permanente; tiene este inconveniente de que el vaciamiento de la vejiga, debe hacerse muy lentamente, porque de lo contrario se expone a los enfermos a las hemorragias ex-vacuo, que cuando llegan a presentarse son casi siempre muy serias. Por lo demás la sonda permanente permite realizar en buenas condiciones la antisepsia de la vejiga. Si ha sido bien escogida y colocada, asegura la canalización permanente de todo el aparato urinario, pudiendo hacerse cuantos lavados modificadores sean necesarios. Los hechos han demostrado la débil acción de los medicamentos sobre los accidentes infecciosos, y la real eficacia de la evacuación perfecta de la vejiga. Cuando los accidentes de cis-

titis se acompañan de fenómenos de infección urinaria, no hay que dudar en hacer la cistostomía.

Hay otro grupo de enfermos, en los que en la exploración se encuentran en franco esta insuficiencia cardíaca, con galope pre-sistólico, arritmia, dilatación del corazón, con edemas viscerales y de los tegumentos, cianosis de las extremidades; en los que el más pequeño esfuerzo, en estos enfermos, como el de subirse a la mesa de curación les provoca intensa dispnea, aumentando la cianosis, el decúbito es imposible. Es en estos enfermos en los que del buen éxito de los cuidados preoperatorios, depende que pueda hacerse la prostatectomía con grandes probabilidades de tener un buen resultado.

Hay que evitarles el menor choque, la canalización del árbol urinario se hará por medio de la sonda que debe ser vigilada, lavándola cada 2 ó 3 horas, para evitar que el moco vesical la obstruya, cambiándola cada dos días para evitar cualquiera infección provocada por ella.

Hay que poner a los enfermos en reposo absoluto, en cama evitándoles el menor esfuerzo, sentados pues el estado de sus pulmones no les permite otra posición, por lo demás esta se irá modificando conforme vaya mejorando el estado general pero sin llegar nunca al decúbito completo. Hay que procurar que el enfermo descanse, tratando de que duerma recurriendo a los hipnóticos (luminal, gardenal, morfina, valeriana). Evitar al paciente las visitas numerosas para procurar el reposo mental. No hay que olvidar que el corazón está trabajando en condiciones muy desfavorables, pues su nutrición es insuficiente, la sangre que lo atraviesa es muy pobre en oxígeno y rica en ácido carbónico, por lo que hay que colocar al enfermo, en sitios bien ventilados, pero evitando las corrientes de aire, haciendo que haga varias veces al día inspiraciones lo más profundas que pueda, para aumentar la ventilación y facilitar la circulación pulmonar.

El régimen debe ser lacto-vegetareano o lacteo, en caso de azohemia elevada atoles sin leche y jugos de frutas. En cuanto a los líquidos es preciso restringirlos en todos los casos en que haya retención de líquido en el organismo, pues la totalidad del líquido absorvido por el tubo digestivo pasa a la circulación y si su volumen es muy elevado ocasiona un aumento del trabajo del corazón.

Como medicamentos los principales son la digital y la uabaína, empleando primero la segunda en inyección de un décimo de miligramo por su acción más rápida sobre el miocardio para seguir administrando la digitalina previa inyección de gluconato de calcio que obra como un mordente, facilitando y reforzando la acción de la digital. La digital encuentra aquí una de sus principales indicaciones, el corazón hipertrofiado e insuficiente. Hay que digitalizar siempre a los enfermos pues además de corregir la insuficiencia se ha observado que las complicaciones pulmonares post-operatorias son menos frecuentes.

Debe recurrirse siempre a las anestesias epidural o raquídea substituyendo la cocaína por la novocaína.

La operación se hará siempre en dos tiempos, en el primero la talla suprapúbica con anestesia local esperando después de ella que el enfermo se reponga, pero siempre vigilándolo, durante la semana siguiente a la talla hay que continuar administrando la digital a dosis pequeñas. No hay regla que fije el tiempo que debe transcurrir entre las primera operación y la prostatectomía, este es variable y sólo el estado general del enfermo es el que indica cuando debe hacerse el segundo tiempo.

La vía que se debe preferir en estos enfermos para extirpar la próstata es la perineal porque la pérdida de sangre es menor y el choque operatorio es insignificante. En el período post-operatorio hay que continuar digitalizando al enfermo, sentado en la cama los primeros días que siguen a la operación.

Siguiendo esta conducta se ha logrado hacer la prostatectomía con muy buen éxito a enfermos que han llegado al pabellón en franco estado de insuficiencia cardiaca, y para terminar repetiré las palabras del doctor Villanueva: "El buen resultado de las prostatectomías no depende de la mayor o mejor habilidad del cirujano, sino de los cuidados pre y post-operatorios que se han tenido con los enfermos.

EL

ULTRAGADOL

IRRADIADO
de sabor agradable

REEMPLAZA VENTAJOSAMENTE EL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO

LES

Etablissements Chatelain

París - FRANCE

Agentes en México:

A. RUEFF Y CIA.

Lucerna No. 7 MEXICO, D. F

EFEDRINA "NACAI"

Reg. D. S. P. 960

El medicamento más eficaz para el tratamiento del

ASMA BRONQUIAL

y para todos los casos en que sea necesario elevar la presión sanguínea.

Administracion por vía hipodérmica y oral.

IMPORTADORES:

"COMPANIA INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.

ISABEL LA CATOLICA 85 MEYICO, D. F.

Eugenio Villain

1a. Motolinía 13

Apartado 1166. México, D. F.

La Mejor Casa para Instrumentos de Cirugía, Muebles para Hospital y Consultorio.

Autoclaves y Esterilizadores Eléctricos.

Un solo Precio: EL MAS BAJO.

Una sola clase: LA MEJOR.

SEÑOR DOCTOR: Si no ha recibido usted mi catálogo No. 15, pídanoslo y a vuelta de correo lo recibirá.

AMPOLLETAS "QUINAPON"

Reg. D. S. P. 1192

PARA EL PALUDISMO, PNEUMONIA, GRIPPE, ETC.

Una combinación perfecta que aumenta por lo menos cuatro veces la acción antitérmica de la Quinina.
No produce zumbidos de oído.
Tonifica el corazón.
Es indoloro.

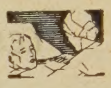
Cajas de 5 ampolletas de 5 c. c. y cajas de 10 ampolletas de 2 c. c.

IMPORTADORES:

"COMPAÑIA INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.

ISABEL LA CATOLICA 85 MEXICO, D. F.

Antes y después de la operación

En los preparativos preliminares a la operación una cucharada de AGAROL  por la noche, en lugar de aceite de ricino previene posibles perturbaciones gástricas. Dias después cuando el paciente comienza a tomar alimento, AGAROL, en medias dosis, es el eliminador lógico porque estimula la peristalsis sin dolor ni molestia.

AGAROL es la emulsión original de aceite mineral y agar agar con fenolftaleína. Suaviza el contenido intestinal y estimula suavemente la peristalsis.

No. 3197
D.S.P.

AGAROL, sin tener aromáticos, tiene buen sabor y es fácil de tomar. La dosis corriente en los casos de estreñimiento crónico es una cucharada la que va reduciéndose a medida que se nota mejoría.

Muestras gratuitas a los médicos.

AGAROL

Para el Estreñimiento

Cía. Medicinal "LA CAMPANA" S. A. — Apartado 424—México, D. F.

Vacuna

Preventiva

Curativa

Antituberculosa

Records obtenidos con A-O.

CURADOS Y ALIVIADOS

Tuberculosis pulmonar en periodo inicial	96%	Tuberculosis ocular	99%
Tuberculosis pulmonar de mediana intensidad	83%	Tuberculosis de la piel	100%
Tuberculosis pulmonar en periodo avanzado	53%	Tuberculosis urogenital	91%
Tuberculosis glandular	92%	Tuberculosis pleural y peritoneal	86%
Tuberculosis osea y articular	82%	Aplicación profiláctica	90%
Fístula y otras	80%		

CARBARSONE LILLY

Amebicida Digno de Confianza

Carbarsone es una valiosa adición a la terapia de la amibiasis. Es eficaz sin tratamiento coadyuvante. No es tóxico en posología efectiva ni interviene con los quehaceres del enfermo.

Carbarsone se presenta en cápsulas para administración oral.

D. S. P.—7861

Usese exclusivamente por prescripcion y bajo la vigilancia medica.

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

Talleres Linotipográficos "Rivadeneyra," S. A.— Miguel Ramos Arizpe y Plaza de la República